

# Att lära av det vackra – Om organisation för omvårdnad

Per-Axel Svalander

Det finns mycket att lära av väl fungerande organisationer inom hälso- och sjukvården. Förebilderna från industriell organisation har medverkat till utvecklingen av sjukvård på löpande band men även till gruppvården. I vårdarbetet finns genuina dilemman som måste hanteras så skickligt att det går att leva med dem. Därför är studier av väl fungerande enheter viktiga som inspirationskälla och ett bra medel mot tron att goda organisationslösningar är något vi kan få från någon central standardiseringskommision. Detta är några av utgångspunkterna för ett forskningsprojekt om "vackra kliniker" som presenteras i denna artikel.

Per-Axel Svalander är företagsekonom och verksam vid SIAR (Scandinavian Institute for Administrative Research) i Lund. För ett par år sedan disputerade han på boken "Att förnya sjukvårdens organisation".

Den största delen av omvårdnadsforskningen inriktas på tekniker för omvårdnad och vård och på hur patienten i ett vidare perspektiv än det medicinska och biologiska reagerar på diagnostiska, terapeutiska, vårdande och omvårdande insatser. Ett tilltagande intresse börjar nu också visas de möjligheter som sjukvårdens organisatoriska utformning erbjuder de vårdande att ge god sjukvård och omvårdnad. Bland svenska forskare är det organisatoriska perspektivet av central betydelse hos exempelvis Siv Boalt-Boethius (1), Gardell mfl (2), Gustafsson (3), Astrid Norberg (5) och Svalander (6).

## Organisationsstrukturen styr attityderna styr handlandet

Det är en näst intill definitionsmässig sanning att människors attityder styr deras handlande, exempelvis en vårdares handlande gentemot sina patienter. I linje med detta är det också en utbredd före-

ställning att sådana problem inom sjukvården och sjukvårdens kvalitet som brukar sammanfattas med termen "avhumanisering" beror på att vårdarna har fel attityder och att det bästa sättet att komma tillrätta med dessa problem är igenom att förändra attityderna genom utbildning och "uppfostran". Giltigheten av den föreställningen och sådana praktiska slutsatser är dock långtifrån självklara.

Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv kan det ifrågasättas utifrån åtminstone två aspekter. Den ena är att attityderna ensamma inte styr vårdarens handlande sålänge den konkreta situation i vilken man måste utföra vårduppgiften sätter upp restriktioner för vad som är möjligt att göra. Det kan röra sig om allt från materiella restriktioner och konkreta tidsrestriktioner till mjukare sådana såsom normer i en grupp och sociala kontrollmekanismer. Den andra aspekten är den att individuella attityder inte uppstår eller lever i något socialt eller organisatoriskt vakuum eller är opåverkade av omvärlden. Med en inte alltför grov förenkling kan man säga att de attityder vi som individer har formats av våra erfarenheter i vid mening. Här är naturligtvis individens historiska livserfarenheter, hennes personliga biografi, av mycket stor betydelse men inte bara dessa utan också de erfarenheter hon får i den konkreta situation och i den omgivning där hon utför sin vårduppgift. Det som är möjligt att göra i ett visst organisatoriskt sammanhang påverkar efterhand starkt individens sätt att se på sin uppgift och attityd till vad hon bör göra. Dvs, den organisatoriska miljön formar i hög grad attityderna. Organisationsstruktur definierar jag då mycket brett. Det är inte bara administrativa system, ordningar och rutiner, eller materiella komponenter såsom byggnader eller verktyg och instrument av olika slag utan också

Organisatoriska och administrativa arrangemang upplevs ofta av dem som arbetar med den direkta vården snarare som ett hinder än som ett stöd i vårduppgiften

sådana mjukare komponenter som informella gruppbildningar, etablerade normer, värdesystem och traditioner.

### **Bra organisation — stöd åt det viktiga och svåra**

Utifrån ett sådant organisatoriskt perspektiv räcker inte utbildning för att forma attityder. Man måste också forma vårdorganisationen så att bra ursprungliga attityder inte undertrycks och deformeras utan istället får bra utrymme och stöd för att utvecklas. Detta är alltså ett kriterium på en bra vårdorganisation. Nu är detta ett mycket vagt kriterium och inte särskilt hjälpsamt om man vill få reda på *hur* man skapar en bra organisation. Ett litet steg mot att bli mer konkret kommer man om man konstaterar att vårdorganisationens främsta funktion bör vara att ge stöd till dem som arbetar i vården och främst då i de delar av vårduppgiften som är särskilt *viktigt* och samtidigt särskilt *svårt* att klara utan stöd. På ett teoretiskt plan förefaller detta alldeles självklart men om man tittar på den vårdorganisatoriska verkligheten så blir intrycket ett annat. Organisatoriska och administrativa arrangemang upplevs ofta av dem som arbetar med den direkta vården snarare som ett hinder än som ett stöd i vårduppgiften. — Det är viktigt att man när man formar och förändrar vårdorganisationen gör detta utifrån en analys och förståelse av själva kärnan, av det som är svårt och viktigt, i vårdprocessen. Det är först när man har klart för sig vad det är som är både svårt och viktigt i olika typer av vårdssituationen som man vet vad det är som behöver stöd genom organisation.

### **En not om företagsekonomi och sjukvårdsorganisation**

Nu är det självfallet svårt att utforma sjukvårdsorganisationen så att den blir bra utifrån ett sådant kriterium som jag här angett. Inte minst genom att

vårdprocessen har så olika karaktär för exempelvis olika specialiteter och för olika personalkategorier. Ett vanligt angreppssätt när det gäller att förklara varför det i många avseenden gått snett i vårdorganisationen är att hänvisa till att sjukvården i alltför hög grad under de senaste 30–50 åren utformats utifrån företagsekonomiska synsätt som inte alls passar när det gäller sjukvård. Gardell och Gustafsson (2) har i boken "Sjukvård på löpande band" genomfört en analys av motsättningen mellan vad de kallar "företagsekonomiskt effektivitetstänkande" och god sjukvård. Deras huvudpoäng bygger på observationen att det finns två delvis överlappande hierarkier i sjukvårdsorganisationen, en medicinsk och en administrativ. Båda dessa hierarkier förkroppsligar var sin uppsättning idéer och normer om hur sjukvården skall bedrivas och utformas och i sitt samspel bildar de den sk "akutvårdsmodellen". Ett viktigt drag i akutvårdsmodellen är föreställningen om att man uppnår effektivitet genom arbetsdelning. Enligt den medicinska hierarkin arbetsdelar man genom specialisering som ger möjlighet till fördjupning av kunskap och kompetens och därmed effektivare vårdinsatser. Enligt den administrativa hierarkin så arbetsdelar man för att möjliggöra en förenkling av arbetsuppgifter för att möjliggöra bl a utnyttjande av lägre utbildad personal och ökad styrbarhet. Det är alltså frågan om två närmast motsatta drivkrafter till arbetsdelning som i akutvårdsmodellen samverkar till en fragmentisering av såväl vårdare som patienter. Omvårdnadsambitioner och helhetssyn kommer i kläm mellan och under de båda hierarkierna.

Jag är enig om huvudpoängen i denna analys men har ett par marginella invändningar. Vissa från industriell varuproduktion hämtade effektivitetsföreställningar har nog haft ett negativt inflytande på sjukvårdens organisation men det är samtidigt tämligen uppenbart att industriellt organisationstänkande inte har haft något särskilt starkt genomslag på sjukvårdsorganisationen. Om man jämför sjukhuset med en fabrik så är ändå olikheterna så oändligt mycket mer slående än likheterna. Det är minst lika lätt att se analogier mellan sjukhusets organisation å ena sidan och byråkratiska eller militära organisationsideal å den andra. Att tala om "sjukvård

på löpande band'' är en bra polemisk poäng men knappast någon teoretisk. Sjukvårdens arbetsroller, även långt nere i hierarkin, ligger oändligt mycket närmare en mänsklig helhet än inom industrier. Detta bekräftas också av data som redovisas av Gardell enligt vilken arbetsengagemanget i vården är mycket stort jämfört med industrier. Detta är enligt min uppfattning viktigare att understryka än de små likheterna med löpandeband-arbete. Jämfört med industrin så är det små, och därför praktiskt möjliga, förändringar som behövs i sjukvårdens arbetsorganisation för att de industriella dragen i arbetet skall elimineras helt. (Att industrialiseringen av varuproduktionen inverkat på samhällsorganisationen i sin helhet vilket i sin tur återverkat på sjukvården på olika sätt är något annat, som jag f.ö. närmare utvecklat i ett annat sammanhang (6, kap 3))

Jag tror dessutom att sjukvården skulle kunna hitta en del positiva förebilder för sin arbetsorganisation ute i företag som sysslar med helt annan verksamhet än sjukvård. Gruppvården, som i och för sig har djupa historiska rötter i äldre tiders sjukvårdsorganisation men som i Sverige återlanserades under 70-talet, har exempelvis mycket tydliga paralleller till de försök med självstyrande grupper som introducerades i en rad industriföretag redan under 60-talet. Dessutom finns det mängder av serviceföretag vars arbetsuppgifter och teknologi ligger bra mycket närmare sjukvårdens än den industriella varuproduktionen. En något utförligare diskussion av just likheter och skillnader mellan sjukvård och andra typer av verksamheter finns hos Svalander (6, sid 148). I denna bok har jag också fört en ganska ingående diskussion om relationen mellan individ, arbetsuppgift och organisation just när det gäller sjukvård.

Gardells och Gustafssons referensram skulle fö förmodligen kunna utvecklas och fördjupas genom att appliceras på den engelska sjukhusorganisationen där det finns ytterligare en hierarki, nämligen den ''nursing''-hierarki som har en mäktig ''Head Nurse'' i toppen, och där läkarna finns något mer sidoordnade i klinikorganisationen än i Sverige.

### Förebilder inom sjukvården

Utgångspunkten för projektet ''Villkor för god kli-

### De intressanta föbelderna bör man söka inom sjukvården

nikorganisation – organisationsstruktur och utvecklingsförlopp'' är nu inte att man hittar de bästa organisatoriska föbelderna utanför sjukvården utan tvärtom – de intressanta föbelderna bör man söka inom sjukvården. Här skall jag beskriva några av projektets viktigaste utgångspunkter.

### Motsättningar och dilemman

Det finns massor av olika typer av dilemman och motsättningar, små och stora, som måste hanteras i sjukvården. En del av dessa är genuina motsättningar som finns inbyggda i själva vårduppgiften. De är genuina i den meningen att man inte kan upphäva dem, istället måste man hitta någon form för att hantera dem så skickligt som möjligt så att det går att leva med dem. Några exempel:

- En motsättning är den mellan behovet av medicinsk specialisering och behovet av helhetssyn. För att kunna ta till vara och ge patienten det som man genom specialiseringen kan erbjuda måste man också diversifiera och dela arbetsuppgifter. Detta innebär samtidigt ett frö till fragmentisering av patienten som ställer till andra problem än de som man löser genom specialiseringen.
- Hospitalisering kan ses som uttryck för ett annat dilemma. Grovt sett är det resultatet av dilemman att patienten, medan hon vårdas för en åkomma eller sjukdom, av själva vårdsituationen och vårdmiljön bryts ned i andra avseenden så att nettoresultatet blir noll eller negativt.
- Viljan att vårda å ena sidan och ångesten inför smärtan och lidandet å den andra är en motsättning inom individen som Menzies (4) tar upp. Hon hävdar i en mycket spännande om än icke helt övertygande uppsats att den byråkratiska organisationen är ett *resultat* av vårdpersonalens strävan att distansera sig från patienten för att på så sätt hantera sin ångest. Alltså inte orsak till distanseringen vilket är en vanligare uppfattning. Utöver dessa motsättningar som alltså finns in-

byggda i själva uppgiften finns också vad jag kallar artificiella motsättningar. Då avser jag sådana problem som uppstår genom att andra målsättningar – tex administrativa, tekniska, politiska eller fackliga – får genomslag i organisationen och stjälar energi och resurser från vårduppgiften istället för att stödja den. Det för dock alldeles för långt att gå in närmare på dessa motsättningar här.

### Organisatoriska anomalier

Även om dessa olika motsättningar utgör grundläggande och gemensamma villkor och restriktioner för kliniker och avdelningar med samma verksamhetsinriktning så dyker det då och då upp anomalier. Dvs avdelningar, kliniker eller sjukhus som hanterar något eller några sådana dilemman på ett helt nytt, överraskande och framgångsrikt sätt. Man har gjort vårdorganisatoriska uppfinningar.

- St Christopher's Hospice och hospicerörelsen är ett numera ganska välkänt exempel på en sådan "anomali". Man har här utvecklat och organisatoriskt förverkligat en ny syn på vården av döende patienter. Detta innebär att man utvecklat ett medicinskt specialistkunnande för lindring av fysisk smärta, vilket man kunnat integrera med fungerande former för emotionellt, socialt och andligt stöd, där såväl patienten som hennes anhöriga inkluderas. Dvs, man har förenat en medicinsk specialisering med en mycket konkret helhetsomvårdnad för en patientgrupp för vilken någon motsvarighet inte fanns tidigare.
- Fountain House i New York är ett annat numera välkänt exempel där man lyckats hantera hospitaliseringsdilemmat. Man har hittat en organisatorisk form genom vilken man kan hjälpa ofta gravt hospitaliserade mentalpatienter att återanpassa sig till livet och samhället utanför institutionen. Man lyckas tom hjälpa dem att bygga upp ett självförtroende och en ny identitet som institutionslivet berövat dem. Ett unikt och viktigt förhållande är att denna verksamhet till mycket stor del sköts av fd patienter själva. Dvs, man har lyckats få till stånd det märkliga att de svagaste bland de svaga kunnat organisera sig till ömsesidigt stöd och personlig utveckling.

### Den komplexa enkelheten

Organisatoriska lösningar på sådana dilemman är i allmänhet väldigt komplexa. Detta är paradoxalt eftersom de samtidigt fungerar som om de var enkla och självklara. Men här finns egentligen ingen nödvändig motsättning. De är inte komplexa i den meningen att de är komplicerade och krångliga utan i den meningen att de är sammansatta i en mängd olika detaljer och dellösningar som man utvecklat efterhand genom försök och misstag i en organisatorisk läroprocess. Just denna successiva läroprocess och utveckling är en förutsättning för att man skall kunna förena komplexitet i konstruktionen med enkelhet i funktionen.

Ett centralt element i vår forskningsstrategi är i enlighet med detta att det är lättare att lära sig både om kritiska dilemman i olika vårdssituationer och om sätt att hantera dessa genom att studera sådana "vackra" välfungerande enheter än genom att analysera felen i dåliga organisationer eller genom teoretisk analys och organisatoriskt modellbyggande.

### Studera välfungerande enheter

Därför är vår huvudsakliga metod i detta projekt att studera och beskriva sådana välfungerande organisatoriska helhetslösningar. Fallbeskrivningarna gör vi utifrån två huvudfrågeställningar:

- Vad är det för inre och yttre organisatoriska mekanismer som utmärker dessa välfungerande klinikorganisatoriska helhetslösningar. Vi försöker beskriva dem i termer av exempelvis arbetsorganisation, ledarstil, maktfördelning, vad för normsystem man utvecklat och hur dessa reproduceras, osv?
- På vilket sätt och under vilka villkor har klinikkens organisatoriska struktur vuxit fram? Här är det just den organisatoriska läroprocessen vi vill beskriva.

### Förmedling av kunskapen

Den andra huvudstrategin i vårt projekt som motiverar denna fallstudiemetod är den pedagogiska. Man förmedlar kunskap om god organisation lättare genom att beskriva fungerande helheter som förebilder och exempel än genom att enbart framställa

.....

*För att bygga nya lösningar däremot är det bättre att ta hjälp av konkreta och positiva förebilder*

.....

abstraherade teorier, analyser och modeller. Fountain House i New York är ett utmärkt exempel på hur man just genom en beskrivning av en positiv förebild kan ge upphov till spridning av själva lösningsidén och inlärning hos andra. Ett TV-program för några år sedan av Lis Asklund om just Fountain House innebar ett avgörande stöd för att en liknande vårdenhet, to m med samma namn snabbt tillskapades i Stockholm och till att man i många andra landsting tog initiativ i samma riktning. Samma sak gäller hospicerörelsens utveckling. Det var den konkreta förebilden, St Christopher's Hospice snarare än några teoretiska modeller av hur vård av döende bör organiseras, som gav inspiration och utlöste mängder av energi för att förverkliga liknande vårdinrättningar på många andra håll.

**En not om teori**

Att vi inte tror att teoretiska analyser är särskilt användbara när det gäller att utforma bra sjukvårdsorganisation innebär inte att vi är ointresserade utav teori. Teorin om sjukvårdsorganisation är användbar som hjälpmedel eller som glasögon för att se och analysera problemorganisationer. För att bygga nya lösningar däremot är det bättre att ta hjälp av konkreta och positiva förebilder. Inte att slaviskt kopiera men att inspireras av och plocka dellösningar ifrån.

**"Vackert" och "friskt"**

Ibland brukar vi tala om de här lyckade vårdorganisatoriska lösningarna, "anomalierna", som "vackra fall". Detta för att undvika vissa av de associationer som begreppsparet "sjukt-friskt" eller "sjukt-normalt" kan ge. Att betrakta organisationer genom dessa begreppspar innebär att man hämtar en analogi från naturen och biologin. Innebörden av att titta på vårdorganisationen genom de glasögonen är att det blir just de dåligt fungerande "sjuka" organisationerna som är viktiga att studera

och förstå. De "normalt" välfungerande organisationerna är däremot inte särskilt intressanta eller gåtfulla. Vid studiet av biologiska organismer och dess sjukdomar är detta synsätt rimligt. Sjuk kan man vara på väldigt många olika sätt och det är viktigt att förstå skillnaderna och variationerna. Frisk är man i princip bara på ett sätt och variationerna är under alla omständigheter inte lika intressanta. Frisk blir man helt enkelt när sjukdomsorsaken är undanröjd, det finns självläkande krafter i organismen som styr läkprocessen. Med sociala organismer, dvs organisationer, är det annorlunda. Variationsmöjligheterna när det gäller att fungera dåligt är i och för sig minst lika stora, men samtidigt är variationsmöjligheterna när det gäller att fungera bra också oerhört stora. Man kan fungera bra på väldigt många olika sätt på samma sätt som man kan vara "vacker" på väldigt många olika sätt. Begreppet vacker har heller ingenting med normalitet eller brist på normalitet att göra. Det hör mer ihop med situationsanpassning, välintegrerade delar och "personlighet". Detta är viktigt eftersom det kan hjälpa oss att inte falla för frestelsen att tro att goda organisationslösningar är någonting som vi kan få från någon central standardiseringskommission.

**LITTERATUR**

1. *Boalt-Boethius, Siv*: Att arbeta på daghem, psykosociala aspekter på daghemspersonals arbetsmiljö. Stencil, mars 1980.
2. *Gardell, Bertil och Rolf Å Gustafsson, mfl*: Sjukvård på löpande band, 1979.
3. *Gustafsson, Rolf Å*: Bot och omvårdnad eller vårdproduktion? – Ett inlägg i debatten om sjukhusets vård- och arbetsorganisation. Falköping, 1978.
4. *Menzies, Isabel, E P*: "A Case Study in the Functioning of Social Systems as Defence against Anxiety". Human Relations, 13: 95–121, 1960.
5. *Norberg, Astrid*: Sjuksköterskans ambivalens inför hierarkin i sjukvården. Sjuksköterskan, 1979.
6. *Svalander, Per-Axel*: Att förnya sjukvårdens organisation. Liber Läromedel, Lund, 1979.