

# *Plattform för patientorientering*

*Bengt-Åke Wennberg  
och Monica Hans*

*Abonnemangsrapport 104  
April 2004*

# Plattform för patientorientering

Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma  
ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och  
optimal resursanvändning

av

Bengt-Åke Wennberg och Monica Hane

*Besök vår webbplats <http://www.samarbetsdynamik.se>  
för att få aktuell information om kunskapsabonnemanget*

ABONNEMANGSRAPPORT 104

april 2004

## Plattform för patientorientering

*Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning*

Författad av Bengt-Åke Wennberg och Monica Hane

Rapporter om Organisationens Mänskliga Sida

ISSN 1102-4615 no 104, april 2004

ISBN 91 85017 07 8

Omslag, layout och produktion: Samarbetsdynamik AB,

Ölsdalen 134, 693 91 Degerfors, tel 0586 726121

Epost: [info@samarbetsdynamik.se](mailto:info@samarbetsdynamik.se)

webbsida: <http://www.samarbetsdynamik.se>

Tryckt av MediaGraphic AB,

Frölundagatan 64, 431 44 Göteborg, tel 031 335 85 40

Epost: [info@mediagraphic.se](mailto:info@mediagraphic.se)

© Författarna och Samarbetsdynamik AB 2004

## *Förord – Historien bakom abonnemangsrapport 104*

Den här rapporten är en mycket typisk abonnemangsrapport. Precis som Rapport 99 – fast den här är typisk på ett annat sätt. Rapport 99 ”Omriktning för det professionella samhället – utgångspunkter för nya resonemang om utbildning och utbildningseffekter”, som kom nu i slutet av mars, var en summering av erfarenheter från en lång rad och under många år genomförda projekt från helt olika sammanhang. Ett slags kondensering. Den här rapporten är dess motsats.

Den här rapporten är ett exempel på det breda fundament vi försöker skaffa oss inför ett uppdrag. Det konkreta exemplet är ett uppdrag vi genomförde för Avdelningen för arbetsgivarfrågor vid Landstingsförbundet under hösten 2003. Frågan vi fick var ungefär: Är det möjligen något vi förbiser när vi i rollen som arbetsgivare nu pratar om hur vi skall komma till rätta med tillgänglighet, resurser och arbetsmiljö. Vi fick uppdraget därför att vi i tidigare studier visat hur arbetsmiljöfrågorna ändrat karaktär i dagens samhälle – och därför pockade på en omriktning av analyserna av

arbetsrelaterade hälsorisker. Kanske hade denna transformation av samhället också konsekvenser för hur man nu skulle behöva samtala om resurser och om tillgänglighet för att det skulle vara meningsfullt?

Uppdraget var ett pilotprojekt. Slutrapporten lämnades till uppdragsgivarna i december 2003 och kommer att redigeras och i någon form publiceras under 2004. Avsikten är att denna rapport, när den kommer, skall bli Abonnemangsrapport 105. Vi tror att den kommer att vara av stort intresse för alla abonnenter.

Tillsammans med medarbetare vid tre olika enheter, som av "branschen" betraktades som exempel på framtidens sjukvård, utarbetade vi tre berättelser om deras verksamhet; berättelser som vi bedömde skulle kunna belysa hur samtal om en konstruktiv arbetsgivarpolitik skulle låta. Till dessa berättelser fogades korta sammanfattningar av de grundresonemang om tillgänglighet, resurser och arbetsmiljö som vi genom projektet funnit särskilt relevanta att uppmärksamma i samtal om dessa frågor.

Slutrapporten till vår uppdragsgivare skulle hållas kort och koncis – "ingen läser tjocka bibbor" – även om frågeställningen var synnerligen komplex. Den här rapporten – Abonnemangsrapport 104 – gjorde det möjligt för oss att göra slutrapporten kort. Vi kunde lämna vissa resonemang – även om de var centrala – och hänvisa den intresserade läsaren till det grundmaterial som vi nu bearbetat.

Titeln på Rapport 104 sammanfattar det vi upptäckte i projektet – genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning. När man i en verksamhet inte förmår anpassa sig till denna utvecklingstrend är det självklart att tillgängligheten blir låg, arbetsmiljön riskfylld och kraven på resurser oändliga. Centrala och övergripande resonemang och ingrepp, som inte stämmer med de fakta man har i verksamheten om verksamheten, skapar otrygghet och frustration.

Vi har i den här rapporten samlat hela den mängd olika grundresonemang som vi på olika sätt lutat oss mot i den kortare slutrapporten. Den läsare som vill förstå hur vi i slutrapporten kan säga det vi säger kan i denna rapport se våra teoretiska överväganden och underlag och därmed själva ta ställning till kommentarernas relevans.

Rapport 99 var en summering av erfarenheter. Denna rapport söker sig fram efter möjliga angreppssätt – försöker problematisera, försöker vrida och vända och lyfta på alla stenar vi sett för att hitta sätt för människor att komma till tals om den sjukvård som nu diskuteras.

En sådant grundlig inventering tror vi också är av största intresse för våra abonnenter. Vi är säkra på att de flesta av de grundteman vi berör i rapporten är generella för arbetslivets alla sektorer och att de kommer att lyftas upp, diskuteras och fördjupas vid många seminarier och abonnentmöten under kommande år.

Lejonparten av innehållet skrevs innan vi genomförde de tre fokusgrupperna. Vi behövde själva bearbeta dessa grundresonemang för att vara förberedda om de skulle dyka upp som relevanta aspekter i samtalen med de olika verksamhetsföreträdarna. Utan denna förberedelse är det inte säkert att vi skulle kunnat fånga det essentiella i de olika enheternas berättelse.

Vi kan inte heller på förhand veta vilka av alla tänkbara resonemang som kommer att komma upp i praktiken. Därför blir ett förberedelsearbete – som vi kallar plattformarbete – med nödvändighet både brett och omfattande. Plattformarbetet diskuterades löpande med vår uppdragsgivare och redovisades vid en konferens för landstingens personalchefer på Operan i Göteborg i maj 2003. Den då sammanställda texten fanns sedan tillgänglig via Landstingsförbundet för alla intresserade.

Nu är pilotprojektet genomfört. Nu vet vi vilka berättelser som växte fram. Vårt uppdrag är slut. Nu väntar vi bara på att slutrapporten skall bli publik och kunna diskuteras mera allmänt. Nu – när erfarenheterna mognat – vet vi som genomförde projektet vilka ytterligare resonemang som troligen också skulle behöva lyftas upp i samtalen om en konstruktiv politik för att det som händer under vårdens transformation mot patientfokusering skulle kunna bli mera synligt och hanterbart.

Därför har vi nu på eget bevåg arbetat om den tidigare texten till en abonnemangsrapport. Genom denna rapport fortsätter vi vårt eget politiska samtal med abonnentkretsen om tillgänglighet och resurser och om arbetslivets koppling till hälsan.

Rapporten har tre separata delar. Den första delen handlar om debatten om sjukvårdens kris när det gäller tillgänglighet, resurser och arbetsförhållanden. Det var ju denna diskussion som arbetet i projektet skulle berika. Vi kan förstås inte veta hur de interna samtalen om en konstruktiv arbetsgivarpolitik låter. Vi deltar inte i dem. Vi får försöka att indirekt fånga tonen i dem genom de samtal som sker publikt i form av informationsmaterial, rapporter, tidningar och debatter.

Genom vår långa erfarenhet av att analysera trender i arbetslivets tankefigurer tror vi oss om att den vägen kunna identifiera grunddragen i den aktuella diskursen – det vill säga fånga de olika tankefigurer som visar sig genom det man säger i olika sammanhang och ge exempel på vanliga men motsägelsefulla och destruktiva resonemang.

Den andra delen handlar om innebörden i trenden mot patientorientering. Där finns en artikel ”Paradigmskiftet i vården – 2000-talets scenario” av Göran Alsterlind. Artikeln är resultatet av en brevväxling vi hade med Göran i samband med detta projekt. Göran Alsterlind är apotekare, organisationskonsult, forskare inom läkemedelsområdet



och omvärldsanalytiker och har skrivit flera artiklar om hur omvärldens förändringar tvingar fram ett logikbyte. Hans beskrivning av detta skifte har haft stor betydelse för vårt arbete.

I del två finns också våra egna reflektioner över det de tre berättelserna visat oss – det vill säga hur vi hör att man vid Morö Backe vårdcentral i Skellefteå, vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping och vid Kvinnokliniken i Motala betraktar patienten som en myndig partner. Del två avslutas med ett referat från ett samtal med Göran Henriks i april 2003 om i första hand kopplingen mellan tillgänglighet och kvalitetsarbete. Göran Henriks är utvecklingsdirektör inom Jönköpings läns landsting och dessutom initiativtagare till många nationella program för kvalitetsutveckling inom vården.

Samtalet med honom gav oss en mycket stabil plattform för våra fortsatta analyser. Hela projektet avslutades dessutom med ett motsvarande samtal med Göran Henriks om innehållet i de tre berättelserna. Ett referat av detta samtal finns i sin helhet som en viktig del i den slutrapport som vi lämnat till Landstingsförbundet.

Del tre är en analys av hur de fakta uppstår, som i dagens samhälle kan göra motstånd mot godtyckliga resonemang om sådana sociala och mänskliga fenomen som tillgänglighet, resursutnyttjande och arbetsvillkor. Vi menar till exempel att många resonemang skulle bli betydligt mindre

motsägelsefulla och förvirrande om vi tydligare kunde skilja på utsagor om relationer mellan människor som känner varandra och om de relationer som finns mellan oss som medborgare i samma sociala system. I dessa analyser kan vi konstatera att orden vi har tillgång till inte är tillräckligt precisa. Det är skillnad på tillit och tillit – skillnad mellan hur jag skaffar mig tillit till personer jag träffar ansikte mot ansikte och den tillit som bygger upp ett samhälles så kallade sociala kapital.

Den stora utmaningen blir att i alla sammanhang samtala om tillgänglighet, resurser och arbetsförhållanden på ett sådant sätt att vi inte förlösar vårt sociala kapital – det är så de tre begreppen hänger ihop.

Degerfors den 16 april 2004-04-06

Bengt-Åke Wennberg

Monica Hane



## *Innehåll*

Bakgrund	1
Del 1 – det offentliga samtalet	5
Är sjukvården i kris?	7
Köproblemet ur ett patientperspektiv	11
Nedläggningsproblemet ur ett patientperspektiv	17
Bristande patientorientering som arbetsmiljörisk	27
Del 2 – erfarenheter	33
Sjukvårdens nya paradigm	35
Vad är patientorientering egentligen?	41
Att genom samtal bekräfta patienten	45
Den interdisciplinära kompetensen	49
Den trygga och nära vården	57
Om utvecklingsarbetet i vården	63
Del 3 – plattformen	77
Om dagens missmod och hopplöshet	79
Om människans natur	93
Patientorienteringens framväxande faktum	101
Om Gemeinschaft och Gesellschaft	109

Om den professionelle aktören	117
Om den allmänna meningen	133
Samtal som empiriskt material	139
Om framväxten av goda kvalitativa vårdnormer	145
Om sjukvårdens sociala kapital	151
Taylors ande vilar över resonemangen	157
Om arenor och forum för samtal	167
Arbetsmiljön formas av samtalet	173
De psykologiska arbetskraven	177
Det goda arbetet	183
Nya påfrestningar på identiteten	187
Exempel på nya arbetsmiljörisker	193
Hur kan man samtala om tillgänglighet?	201
Tillgänglighet i ett köteoretiskt perspektiv	207
Tillgänglighet genom evolutionär planering	215
Tillgänglighet som ett synkroniseringsproblem	223
Tillgänglighet som ett utbudsproblem	231
Tillgänglighet som en rättighet	237
Resurser att räkna med och att inte räkna med	241
Referenser	253
Bilaga	263
Om Kunskapsabonnemanget Samarbetsdynamik	265

## *Bakgrund*

Under andra halvan av 2003 genomförde vi för Landstingsförbundet ett pilotprojekt med tre fokusgrupper med deltagare från tre olika enheter i vården. Alla tre enheterna valdes ut för att de var synnerligen kunniga i sin verksamhet och för att de haft tid och intresse att reflektera över den och berätta om den. Projektet initierades för att bidra till mer relevanta och produktiva övergripande diskussioner om aktuella frågor i vården. Projektet har slutredovisats för landstingsförbundet och dokumentationen förväntas publiceras under 2004. När denna rapport skrivs har denna dokumentation emellertid ännu inte kommit ut.

Fokussamtalen syftade till att ge relevanta berättelser från praktiker som kunde ligga till grund för att så allsidigt som möjligt belysa de kopplingar som på en lokal arbetsplats verkar finnas mellan tillgänglighet, resursutnyttjande och arbetsmiljörisker. Ett viktigt argument för att försöka få fram sådana berättelser var att övergripande samtal om vården ofta utmynnar i hypotetiska, ideologiska och principiella beskrivningar som är inkongruenta och motsägelsefulla

och som inte är i överensstämmelse med så som verksamheten uppfattas av de lokala aktörerna.

Samtal utifrån sådana oförenliga utgångspunkter gör det omöjligt att på sakliga grunder ifrågasätta olika analyser och komma fram till mer realistiska och hållbara slutsatser. Resonemang leder då till improduktiva motsättningar och analyser i en tid då det är viktigt att skapa goda och gemensamma lösningar på sjukvårdens problem.

Fokusberättelserna skulle således utgöra ett empiriskt material som man skulle kunna använda som ett gemensamt underlag för fortsatta och övergripande analyser av tillgänglighet, resursutnyttjande och arbetsmiljö.

Fokusberättelserna visade oss att det som förenade de tre verksamheterna och som medförde en god integrering av hög tillgänglighet, optimalt resursutnyttjande och god arbetsmiljö var det vi och dom kallade patientfokusering (patientorientering)<sup>1</sup>. Det verkade vara så att just patientfokuseringen var nyckeln för att dessa tre ambitioner skulle kunna förenas.

Vi genomförde i anslutning till fokusgrupperna en omfattande litteraturstudie och analys av de frågeställningar vi

---

1 Vi använder patientfokusering som begrepp för det förhållningssätt man använder på en enhet. Med patientorientering avser vi den typ av resonemang som vi menar måste föras kring hur det större sjukvårdssystemet skall ordnas och/eller ledas.

förväntade oss skulle belysas i samtalen. Denna analys presenterades vid en personalchefskonferens redan i maj 2003. Detta basmaterial har sedan i denna rapport omarbetats med utgångspunkt från de erfarenheter som presenterats i fokusberättelserna.

Berättelserna från fokusgrupperna visar att många av de övergripande samtal som förs och de analyser som görs inom sjukvården bygger på tankemönster hämtade från en för länge sedan svunnen industriproduktion. Det är alldeles uppenbart att en ledning och en politik som formar vården efter sådana föråldrade principer inte kommer till rätta med dagens krav på kvalitet och tillgänglighet. Anställda under denna typ av ledning kommer att få arbeta orimligt hårt för att inte förlora sin professionella heder. Resurserna kommer att missbrukas och rekryteringen försvåras.

Eftersom patientorientering tycks vara en så viktig utgångspunkt så föreställer vi oss att fortsatta arbeten måste göras i denna riktning. Då diskussionen om sjukvårdens frågor och problem är synnerligen skiftande och i en del fall totalt ofruktbar så kan det behövas en hel del diskussioner i inledningsskedet för att finna en bra riktning på arbetet.

Ett syfte med denna rapport är därför att med utgångspunkt från de litteraturstudier vi gjorde innan projektet visa hur de praktiska erfarenheter som redovisats i fokusberättelserna kan relateras till existerande samtal om sjukvårdens aktuella frågor. Ett annat syfte är att skapa underlag för att



i samtal om vårdens problem sortera bort resonemang som bygger på antaganden som är olämpliga och som leder till lösningar som visat sig ineffektiva.

Med detta vill vi ha sagt att denna rapport inte presenterar lösningar eller ”hur det bör vara”. Den försöker istället synliggöra sådana resonemang som en gång var aktuella men som nu inte visat sig vara tillräckligt precisa för dagens arbetsliv och vård. Vi hoppas att denna belysning skall hjälpa berörda parter att finna allt bättre utgångspunkter för sitt fortsatta arbete mot en patientorienterad vård.

# Del 1

det offentliga samtalet



## Är sjukvården i kris?

I en artikel i GP 2.11.2003 konstaterar Christer Lökvist att sjukvårdens kris som nyhet betraktad är utsliten. Under de senaste åren har närmare tre hundra artiklar publicerats bara i GP om sjukvårdens kris.

Kris definieras i Svenska akademiens ordlista som avgörande vändning, brydsam situation, svårt ekonomiskt läge, svår tid etc. Lökvist konstaterar emellertid att variationen genom åren är liten. Att det inte skett någon avgörande vändning är lätt konstaterat. Resonemangen förs som de alltid gjort med likartade utgångspunkter och argument. Konflikterna och motsättningarna mellan allmänhet, praktiker, administratörer och politiker har inte blivit mindre – snarare värre.

Zygmunt Bauman beskriver i sin bok "På spaning efter politiken" att ordet "kris" myntades för att beteckna tidpunkten då beslut skulle fattas. Kris betecknade enligt honom

---

2 Bauman (1999)

en höjdpunkt, dvs. då kroppsvätskorna hade en vågtopp, då man stod inför en vändpunkt och då det var rätta tillfället för läkaren att avgöra vilken terapi som behövdes för att göra patienten frisk.

## **Behovet av evolutionär planering**

Svenska akademins definition måste således kvalificeras. Begreppet kris behöver enligt Bauman inte kopplas till tillstånd av osäkerhet och obeslutsamhet. Det behöver inte heller lägga tonvikt på villrådighet eller på okunnighet om vart förhållandena är på väg. Man behöver inte tolka kris som en oförmåga att driva förhållandena dit man skulle vilja att de rörde sig.

Kris kan istället beskrivas som ett tillstånd då man har ett överskott av kunskap. Man blir genom detta överskott påträngande uppmärksam på att saker och ting inte är som man trodde och inte kan förklaras med de resonemang man vanligen för. Överskottet på kunskap ifrågasätter också ofta det man tidigare trott. Man förstår då att saker och ting inte är som man tidigare hoppats att de skulle vara. Man upptäcker plötsligt att resonemangen inte hänger ihop och att praktiken inte stämmer med teorin.

I ett sådant läge är det enda rimliga förhållningssättet att arbeta med vad vi kallar evolutionär planering och under

arbetets gång skaffa sig en bättre bild av vad det är fråga om. Det är inte läge att låsa sig vid en hypotes. Det är istället viktigt att använda erfarenheter och kunskap för att sortera bort irrelevanta och oanvändbara resonemang för att finna just de man i den nya situationen måste satsa på.

### **Krishantering behöver inte vara kortsiktig**

Intressant är därför att agerandet i en kris kan ses både som kortsiktigt och långsiktigt. Kortsiktigt därför att man inte låser sig vid engagemang som kan visa sig ofruktbara. Långsiktigt därför att man systematiskt söker finna den förståelse av situationen som kan leda till stabilitet och utveckling. Vår litteraturstudie och fokusberättelserna visar att det överskott av kunskap som nu visat sig, och som inte passar in i det gamla tänkandet, har att göra med att vården måste utgå från patientens perspektiv. Tar man patienternas förståelse och erfarenheter på allvar så kan verksamheten sannolikt effektiviseras – men den måste då också omriktas.



## *Köproblemet ur ett patientperspektiv*

Rolf Bergin, läkare, docent och forskare på Karolinska Institutet, har blivit patient. Han konstaterar i en artikel i GP 14 mars 2004 något som är självklart för alla som seriöst ägnat sig åt sjukvårdens köproblematik.

Bergin gör klart att köproblemet och de orättvisor detta leder till inte kan lösas genom bättre prioritering. Det är först om man bestämmer sig för att vissa tillstånd och vissa patienter inte alls skall behandlas som en sådan prioritering kan få effekt på kön som sådan.<sup>3</sup>

Om man som Johan Calltorp och Evy Bergh<sup>4</sup> i en artikel i GP 24 mars 2004 hävdar att vårdresurserna skall räcka för alla vårdbehov så är köfrågan främst ett organiseringsproblem.

---

3 En fördjupad beskrivning av dessa frågor finns på annat ställe i denna rapport.

4 Johan Calltorp är hälso och sjukvårdsdirektör och Evy Bergh projektledare för arbetet med att åstadkomma prioriteringslistor. Båda arbetar i Västra Götalandsregionen.



Det är då inte ett kapacitetsproblem. Bergin konstaterar också, helt i enlighet med alla aktuella analyser, att i sådana fall finns det inte någon anledning att behålla en kö – varken för vårdgivare eller patienter. Patienter i kön kostar pengar för sjukskrivning, för produktionsbortfall, för medicinering och för att underhålla i varje fall någon form av basal hälsa.

Behandlingskostnaderna blir högre eftersom sjukdomen kan förvärras under kötiden. Färre återfår en funktionsgrad de skulle kunna fått om behandlingen utförts vid den tid som är optimal i förhållande till patientens egen situation (alltså inte efter produktionsförhållandena i vården).

Dessutom är det uppenbart att förekomsten av kö skapar extra administration, arbete och påfrestningar på sjukvårdspersonalen själva. Ett mål med de insatser som i Jönköpings läns landsting kallas ”Advanced access” är därför att se till att inga köer uppkommer. Genom detta blir sjukvården också produktionstekniskt mer effektiv.

Detta är välkända fakta. Vad Calltorps och Berghs artikel behandlar är emellertid enligt deras egen utsago åtgärder för att reducera nackdelarna av förekomsten av en kö. De förnekar att prioriteringsbehovet uppstår på grund av att sjukvården har brist på resurser. Frågan är då på vilka grunder en sådan prioritering bör göras. Calltorps och Berghs metod bygger på strikt medicinska indikationer. Det är här som resonemangen blandas samman.

## **På vilka grunder skall vården prioriteras?**

Om det handlar om en äkta resursbrist där man måste reducera utbudet blir naturligtvis frågan om vad som skall behandlas relevant. Då måste man prioritera mellan olika typer av behandlingar och diagnoser. Lyckas man med det och klarar organiseringsproblemet så kommer köerna att försvinna. Om detta inte är aktuellt så återstår problemen att prioritera i kön. Hur kan det gå till?

Bergin går i detta fall ett steg längre än Calltorp och Bergh. Han tar upp frågan om vad som ur patientens synpunkt kan uppfattas som "rättvis vård". Han har tillbringat tid i kö till behandling, för hans del strålbehandling. Väntetiderna har rört sig om en till drygt två månader. Som cancerpatient befinner man sig i en situation där man kan befara att varje dags väntan medför en ökad risk för en dramatisk försämring av tillståndet.

Ingen kan försäkra en om att så inte är fallet så länge som man själv tolkar situationen som man gör. Det spelar ingen roll hur välmenande statistiska analyser och bedömningar som görs inom ramen för en gemensam "prioriteringsmetod".

Det spelar ingen roll om politiker och vårdgivare mellan sig själva internt kan motivera en viss prioritering och en viss väntetid. När det gäller oron för sitt eget välbefinnande är det alltid patienten som har tolkningsföreträde.

Bergin liknar situationen vid den som han sett i olika agentfilmer där den gode agenten ligger i någon fasansfull apparat där en laser eller cirkelsåg arbetar sig fram för att på sikt döda agenten. Agenten funderar naturligtvis på något genialt sätt att ta sig ur denna belägenhet. Varje halmstrå kan gripas.

Vilken kö det handlar om spelar i dessa situationer ingen roll men kön just till strålbehandlingen skärper enligt Bergin frågeställningen. Där kan man inte förklara bort riskerna – i varje fall inte för en person som är läkare och forskare på Karolinska Institutet.

Bergin menar att ett sådant köande – hur det än logiskt kan motiveras ur produktionsapparatens synpunkt – innebär ett mänskligt lidande som en välfärdsstat borde göra allt för att minimera. Att som enskild patient försöka ta sig ur ett sådant lidande som man blivit försatt i är både rimligt och försvarbart.

Bergin skriver att det finns köer till många olika behandlingar i vården. Oberoende av vilka sjukdomar och besvär det handlar om är de fulla av medmänniskor som utifrån sitt eget perspektiv inget hellre vill än att få den behandling de behöver när de behöver den. Ur patientens synpunkt är detta ett rimligt krav på tillgänglighet.

Att försöka minska kötiden och gå förbi kön är då en fullt rimligt och adekvat reaktion. I debatten formuleras emeller-

tid situationen inte så. Där talas det istället om människor med orimliga krav, med besvär som skall prioriteras ner, om smitare och helt onödiga sjukskrivningar.

Det låter från sjukhusledningen som om man talar om okunniga och potentiellt olydiga ”barn” som behöver ledning och styrning. Prioriteringsdiskussionen ger intryck av att prioriteringarna syftar till att ”prioritera bort” personer som man anser har orimliga, onödiga och lyxbetonade krav.

Resonemangen ger också intryck av att vårdpersonal själva inte kan vara betrodda att göra sådana prioriteringar. Av artikeln framgår indirekt att varken patienterna själva eller de i de enskilda patientärendena insatta personerna kan ges förtroende att prioritera vad som skall göras. För detta krävs en ”metod”, ett poängsystem och ett regelsystem som fastställts av ”överheten”. Vi tror i enlighet med Bergin att alla patienter hellre vill bli sakligt bedömd av en professionell vårdgivare än behandlad utifrån ett tabellverk.

Låt oss nu bli tydliga. Prioriteringsarbetet som presenterats av Calltorp och Bergh är säkert ett steg framåt. Det verkar av artikeln att döma vara ett genomtänkt och gediget arbete. Det kan säkert vara välmotiverat och nödvändigt ur en mängd synpunkter. Det kan komma att underlätta omstruktureringen av sjukvården. Det kan kanske minska köerna. Detta kan vi inte veta något om. Vi har därför ingen anledning att kritisera detta arbete.

Vad vi här velat påvisa är motsägelserna och oklarheterna när det gäller de resonemang om tillgänglighet och ”rättvis” vård som förs fram i massmedia. Man påstår exempelvis att förtroendet för vården skall öka genom åtgärder av den typ Calltorp och Bergh föreslår.

Bergins exempel visar att detta kan vara en felaktig slutsats. Prioriteringar av denna natur saknar kopplingar till patientens värld. De är strikt interna inom systemet. De kan därför få effekt på förtroendet först om detta redan finns. Om förtroendet inte finns eller är skadat kan det i praktiken lätt bli tvärtom eftersom resonemangen kan upplevas motsägelsefulla och ibland till och med felaktiga.

I våra fokusberättelser förs fram en annan berättelse. Förtroendet, upplevelse av rättvisa och hög tillgänglighet hänger samman med samarbetet och samförståndet mellan vårdgivaren och den enskilde patienten. I och genom detta åstadkommes säkrare, bättre och effektivare prioriteringar.

Genom en produktiv kommunikation skapas därvid både hos patienten och dennes anhöriga en ökad förståelse för de begränsningar och möjligheter som finns inom dagens sjukvård. Då växer förtroendet. Att börja med centrala prioriteringar är därför att starta i fel ände.

## *Nedläggningsproblemet ur ett patientperspektiv*

I mars 2004 kastar man sten på sjukvårdspolitikerna i Göteborg. I GP sägs skälet till upprördheten vara att man avser att lägga ner fem vårdcentraler. Ett flertal artiklar har om detta publicerats på GP:s debattsida sedan några månader tillbaka.

Politiker och tjänstemän konstaterar att någon måste hålla i yxan. Det är därför man är anställd respektive vald. Men vem vill bli chef eller vald till politiker på sådana villkor? Å andra sidan finns det skäl att tro att politikerföraktet och människors vanmakt inför vad de uppfattar som en dramatisk nedrustning av välfärdssamhället ökar. Om föraktet ökar - vem vill då vara chef och vem vill vara politiker?

### **Sparkravet är 35-40 miljoner**

Sakfrågan är till synes enkel. Man har i sjukvårdsnämnden vid ett möte i december 2003 bestämt sig för att spara 35-40 miljoner kronor per år på att stänga de fem vårdcentralerna.

Varför det just är denna summa och varför det just nu skall sparas på primärvården förklaras med att primärvården i Göteborg får drygt en miljard kronor 2004 – mer än man haft tidigare. Trots detta uppstår det ett underskott jämfört med budget, dvs. jämfört med det bidrag man får från regionen.

Sådana resonemang är naturligtvis omöjliga för en utomstående att ta ställning till. Allt beror på vad som avsätts i budgeten, hur pengarna fördelas och hur man definierar överskott och underskott. Allt går in i en oöverskådlig bokslutsadministration inom vilken poster kan flyttas och förändras efter behag så länge man håller sig inom vissa etablerade gränser. Redan här är således argumentationen för en utomstående skakig och närmast ogenomtränglig. Det är med denna bakgrund inte underligt att misstron växer. Vart går egentligen alla pengarna?

### **Inga yttre orsaker redovisas**

Resonemangen om neddragningarna hade varit lättare att följa om man hade kunnat hänvisa till någon yttre faktor som lett fram till situationen. Befolkningen kunde exempelvis ha blivit radikalt friskare och därmed inte behövt så många vårdcentraler. Demografiska förändringar kunde gjort att vissa vårdcentraler blivit underutnyttjade. Nu är det emellertid snarast tvärtom. Några av dem man lägger ner finns i områden där man kan misstänka att behoven

egentligen är som störst. Det var också i ett av dessa områden – Hammarkullen – som man kastade sten.

Det finns sannolikt argument som man inte talar så högt om. Exempelvis att det kan vara svårt att rekrytera läkare till vissa områden och vårdcentraler som just till Hammarkullen. Om detta vet vi inget. Vi får därför i denna text hålla oss till de argument som förts fram i massmedia.

Vi får lita på våra politiker och tjänstemän och att de gör så gott de kan. Vi måste tro på deras analys. Primärvården drar för stora resurser i termer av de ekonomiska medel som står till förfogande. Något måste göras. Det är nu det börjar.

### **Om läkarna presterar mer är besparingen i hamn**

Ett huvudargument för att besparingen är möjlig är att läkarna på vårdcentralerna presterar mindre än de skulle kunna göra. Prestationen mäts föredömligt enkelt och lättfattligt. Det handlar om hur många besök en läkare hinner med på ett år.

Ordföranden i hälso- och sjukvårdsnämnden anser att en läkare bör hinna med 3 000 patientbesök per år. Han har kommit fram till detta tal genom att jämföra statistik från andra vårdcentraler. Genomsnittet i primärvården i Göteborg är 1 900 patientbesök. Eller färre än tio patienter per



arbetsdag. Om varje läkare bara gjorde ett besök mer om dagen skulle kapaciteten kunna upprätthållas trots de nedlagda vårdcentralerna. Besparingen skulle då vara i hamn. Vad är det att bråka om?

## **Politiker och tjänstemän motarbetas av läkarna**

Tänk om nu läkarna inte var så ogina. Varför skall de sätta sig till motvärn mot dessa rationella och kloka argument? Detta har det avgående regionrådet Eva Eriksson en förklaring på i en artikel i GP den 28 mars.

Nu när hon har avgått kan hon tala klartext. Hennes budskap är att politiker inte vågar ta de svåra besluten eftersom de motarbetas av läkarna. Läkarkåren styrs enligt henne av egenintresse. Hon säger ordagrant i artikeln: ”Om läkarnas scheman läggs för att kollegerna skall kunna knäcka extra på Carlanderska, ha privatmottagning en eftermiddag i veckan, kunna ägna sig åt sin forskning eller åka till landet tidigt på fredag, ja, då blir det förstås inte särskilt effektivt ur patientsynvinkel”.

Det underförstådda budskapet är att läsarna inte skall ta läkarnas protester på allvar. Man får intrycket att det närmast är heroiskt av politikerna att göra vad man gör och därmed utsätta sig för mordhot. När egenintresset härjar måste någon sätta klackarna i backen.

## **Några gör det emellertid lätt för sig**

Som om detta inte var nog förstärker man argumentationen genom att i en artikel i GP den 29 mars 2004 föra fram att de sjukaste får stå tillbaka. Dessa kommer inte fram till vården som de behöver. Läkarna prioriterar bort de svåraste patienterna – framför allt de med kroniska sjukdomar. Ganska friska men högljudda patienter med stora krav på service går före.

Argumentationen blir därmed minst sagt motsägelsefull. Prestationen mäts i antalet besök. Besök med ”svåra patienter” som tar längre tid ingår emellertid inte i kalkylen. Anmäler man för många besök kan man anklagas för att ”fuska med ersättningen” och bara ta hand om ”lätta” patienter. Anmäler man å andra sidan för få besök är man för dåligt produktiv och kan läggas ner av detta skäl.

## **Stora vårdcentraler bättre än små**

Nu är det inte bara läkarna som misskrediteras. Den stora fokuseringen på att mäta prestationen i besök per läkare gjorde övriga personalkategorier arga. I en annan artikel i GP 3.1.2004 påpekade distriktsläkarföreningen att man i en vårdcentral uppfattade sig som ett team. Man menade att prestationen måste värderas utifrån vad alla gemensamt gjorde och inte bara vad läkaren gjorde.

Läkarna på en god vårdcentral kanske medverkade med andra och mer produktiva insatser än att bara ta emot patienter på löpande band. Så är det förstås. Sedan beror det också på vilka patienter man får och hur bemanningen fungerar. Det är därför naturligtvis svårt att få ett grepp om vad som händer på en vårdcentral med så grova mått som patientbesök per läkare.

Nämnden tycker emellertid inte det. De tycker istället att det är bekymmersamt att det skiljer så mycket på vårdcentraler. Man säger sig inte fått en bra förklaring till detta. Den förklaring man själv för fram är att variationen kan bero på att vårdcentralerna är för små. Prestationen kan enligt sjukvårdsnämnden ökas genom att skapa färre men större vårdcentraler med mer personal och bättre öppettider. Större vårdcentraler skapar enligt dessa personer också attraktivare arbetsplatser.

Vi skall inte just här gå på djupet i denna fråga. Det räcker med att konstatera att argumentationen haltar.<sup>5</sup> Detta stärker naturligtvis inte förtroendet för nedläggningen. Därmed är förstås inte sagt att beslutet att lägga ner vårdcentralerna är olämpligt. De kan visst behöva läggas ner. Vad som just nu intresserar oss är att den argumentation som vi som utomstående observatörer tar del av, trots alla försök att

---

5 Vi hänvisar här till fokusberättelsen från Morö Backe Vårdcentral både i denna rapport och i den kommande rapporten från landstingsförbundet.

göra den objektiv och saklig, blir svag. Det är emellertid inte det värsta. Hör här.

### **Viktigt att bibehålla förtroendet för vårdgivarna**

Utvecklingsdirektören Göran Henriks i Jönköping konstaterar i vår rapport till landstingsförbundet att all vård utgår från mötet mellan vårdgivare och patient. Det är en myt att vård skulle kunna bedrivas som någon slags opersonlig industriproduktion baserat på abstrakta diagnoser och utan referens till levande patienter. Ingen vill ha en sådan vård.

Därför är det givet att representanter för administrationen av vården i patientens ögon alltid har lägre trovärdighet än de som utför själva vårdhandlingen. Vad än politiker och tjänstemän säger. Ett viktigt skäl till detta är att patienten inte har annat val än att tro på vårdgivaren. När man väl behöver vård måste man med förtroende kunna överlämna sig till denne. Man måste lita till dennes professionella kunnande. Detta faktum får konsekvenser.

Patienten måste därmed också lita på att sjukvårdens ledning och administration ser till att detta professionella kunnande är högt och att varje vårdgivare tar ansvar för att patienten får den vård denne behöver när man behöver den. Ur den enskilda patientens synpunkt är det i detta fall inte en fråga om statistik eller riskbedömning. Vem bryr sig om procenttalen för överlevnad när man väl ligger på operationsbordet?

Om förtroendet för att vården befolkas av seriösa, ansvars-kännande och kunniga professionella aktörer rubbas, så förlorar också vården i sin helhet allmänhetens förtroende. Att som i den debatt vi refererat hävda riktigheten av eventuella neddragningar med argumentet att vårdgivarna är ineffektiva, smyger sig och inte gör vad de skall och att de inte tar hand om patienterna på rätt sätt blir förstas en bumerang. Sådana argument måste slå tillbaka på dem som för fram dem.

En politisk ledning kan aldrig övertyga de personer som på sin vårdcentral – exempelvis på Hammarkullen - mött en engagerad läkare och ett engagerat vårdteam att dessa inte presterar tillräckligt och skall avvecklas. En sådan retorik kanske passar i det politiska spelet men får allvarliga konsekvenser i en samhällsdiskussion.

### **Varför är man vald och varför får man betalt?**

De ekonomiska problemen måste förvisso beaktas. En politisk och demokratiskt sund argumentation och diskussion måste föras. Tunga beslut måste tas och konsekvenserna kan vara svåra att bära för många. Men just att föra en konstruktiv argumentation kring dessa frågor är politikens villkor och, får man hoppas politikernas professionella kunskande. Ingen har sagt att politiker och tjänstemän har en lätt sits. Men det har inte vårdens personal heller.

## **Vi skäller inte på tjänstemän och politiker**

Vår poäng är att problemet i detta fall inte ligger i olikartade värderingar och inte heller i olika ideologier. Problemet handlar inte om fusk eller oengagerade och omoraliska människor. Problemet handlar egentligen inte heller om dumhet eller okunnighet.

Var och en vet vad man vet och argumenterar efter bästa förstånd efter detta. Var och en måste göra sitt jobb så bra man kan. Problemet ligger i det underlag och de tankefigurer man använder för sin argumentation. Så som det empiriska materialet ser ut och så som argumentationen genomförs slutar det med att man kastar sten på varandra. Det är inte bra för förtroendet för vården.



## *Bristande patientorientering som arbetsmiljörisk*

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter gjorde 1998 en konventionell enkätundersökning för att fastställa hur arbetsmiljön såg ut för deras medlemmar. Denna undersökning visade att man hade en relativt god arbetsmiljö enligt de kriterier som lyftes fram i debatten. Samtidigt visade sig att arbetsterapeuter drabbas av ”utbrändhet” i hög utsträckning. FSA valde då att tillsammans med oss göra en fördjupad undersökning med hjälp av fokusberättelser för att ur dem försöka förstå vad det kunde vara i arbetsmiljön som medverkade till detta.<sup>6</sup>

Av berättelserna i fokusgrupperna kunde man höra

- att de flesta tycker att arbetet är , roligt, intressant och mycket engagerande
- att yrket uppfattas synnerligen meningsfullt och tillfredsställande

---

6 FSA, Hane och Wennberg (2002)



- att arbetet är omväxlande och innehåller kreativ problemlösning
- att behovet av arbetsterapeutiska insatser ökar och att antalet kolleger blir fler

men att

- arbetet fortfarande är fysiskt tungt

och att

- att arbetsbördan ökat för många
- att kraven både från arbetsgivare och klienter ökat
- att kraven i viss mening är gränslösa
- att ställningstaganden och bedömningar blivit svårare.
- att bedömningarna är viktiga och får stora konsekvenser för deras klienter
- att det hela tiden dyker upp ”måsten” som ligger utanför det professionella åtagandet
- att många känner sig pressade; att stressen har ökat
- att många känner sig ensamma på arbetsplatsen i sin professionella roll
- att många saknar både utvecklande kollegiala samtal och möjligheten att diskutera knepiga fall

- att ständiga omorganisationer splittrar arbetsgrupper och försvårar arbetet
- att många oroas av att inte orka med både arbetet och hem och familj
- att sjuknärvaron är hög eftersom verksamheten är svår att lösa med vikarier
- att kraven på flexibilitet och anpassning till ständigt nya förhållanden ökat
- att ledarskapet ofta lyfts fram som viktigt och problematiskt
- att många inte känner sig tillräckligt hörda och respekterade bland andra yrkesgrupper
- att många känner sig hindrade av organisatoriska gränser att göra ett fullgott jobb
- att yrket i högsta grad är ”människorelaterat” arbete; att arbetsterapeuten ofta är den som kommer allra närmast en klient/patient; är den som bidrar med själva livsgnistan; som ofta måste bistå i ett slags sorgprocess över att livet inte blev som man hade tänkt sig

Analysen kunde ha slutat här. Vi hade kunnat nöja oss med att utsagorna var i överensstämmelse med ”så som man pratar om arbetsmiljön”. Vi skulle kunnat konstatera att de erkända och etablerade riskfaktorerna är väl representerade inom arbetsterapeutkollektivet.

Samtidigt förekommer också många av de positiva sidor som enligt den klassiska analysmodellen förmår balansera för de kända hälsoriskerna.

Många skulle känna igen listorna och ha synpunkter på vad som behöver göras. Förslag skulle komma från konsulter och institutioner som varit beredda att engagera sig i denna typ av arbetsmiljöarbete. Det skulle presenterats lösningar i stil med att

- ”kräva att ledningen prioriterar tydligare och tar ansvar för sin prioritering när arbetsbördan är för stor”
- ”löpande kartlägga symtom på arbetsrelaterad ohälsa”
- ”ställa krav på kompetensutveckling och relevant handledning på arbetsstället”
- ”kräva att den nya arbetsorganisationen tillåts sätta sig innan nästa genomförs”
- ”öka antalet fast anställda vikarier”
- ”utbilda cheferna i modernt hälsofrämjande ledarskap”
- ”riva revirgränserna, utplåna rädslan hos chefer och arbetsledare att förlora sin kontroll”.

Sådana insatser skulle kunnat göras men ingenting skulle därmed ha förändrats. Man skulle bara ha förvärrat situatio-

nen och förbrukat energi, tid och pengar. Arbetsterapeuterna skulle sannolikt blivit än mer frustrerade, Vår gemensamma analys visade att arbetsterapeuternas utbrändhet handlade om något helt annat. Den visade att de av sina respektive organisationer var hindrade att förverkliga den patientfokusering som deras profession byggde på.<sup>7</sup>

Arbetsmiljöproblemen var inte en fråga om att arbetsterapeuterna drabbats av någon okänd belastning eller en dålig arbetsmiljö. Problemen kunde inte åtgärdas med de vanliga metoderna. Ser man det i stort så var det inte främst arbetsterapeuterna som hade drabbats av den dåliga patientorienteringen utan patienterna. Det var förstås en stor mängd patienter som förvägrades den vård som var möjlig genom de olämpliga organisationslösningar som florerade.

Detta var för oss den tändande gnista som gjorde att vi började intressera oss för patientfokus och patientorientering som tecken på en vård som skulle kunna kombinera hög tillgänglighet och optimalt resursutnyttjande med en god arbetsmiljö.

---

7 Vi har sedan dess gjort ytterligare en studie för FSA som bekräftar denna analys (FSA och Hane 2004)



# Del 2

erfarenheter



## *Sjukvårdens nya paradig*

KOMMENTAR AV GÖRAN ALSTERLIND, APOTEKARE OCH ORGANISATIONSKONSULT

Det nya paradigmet i sjukvården hämtar sina idéer från olika omvärldsförändringar som ändrar förutsättningarna för sjukvården men också för en rad andra organisationer. På grund av de starka normbildningar som finns i sjukvården, inte minst i form av vetenskapssyn, har sjukvården extra stora problem att anpassa sig till samhällsdynamiken.

Att frågan nu blir akut hänger samman med att det starkaste normsystemet – den medicinska vetenskapen – genomgår ett paradigmskifte. Genomforskningen, med genombrottet i sekvensieringen av det mänskliga genomet år 2000, ger oss redan nu på ett teoretiskt plan möjlighet att förstå sjukdom som anomalier på gennivå.

De närmaste tio åren kommer att betyda en mycket stor förändring på praktisk nivå när frukterna av denna forskning förs ut i den vanliga vården. Eftersom genomet är specifikt för varje individ blir också sjukdom och terapi individspecifika. Detta medför att en reell patientorientering blir nödvändig fört hela vården.



Den första konsekvensen av detta är att all standardisering av diagnos och behandling strider mot kravet på individspecifik vård. Med en analogi från bilindustrin så kan man inte som Ford säga att "one size fits all" - att alla ska ha en T-Ford som är svart. Detta tänkesätt var en viktig förutsättning för stordrift och storskaliga lösningar.

Vi talar nu istället om skräddarsydda lösningar dvs lösningen anpassas till den unika individen. I grunden förändrar detta det mesta som vi tidigare tänkt om vårdens organisation och ledning. Det går inte att centralt fatta generella beslut som t.ex prioriteringar, diagnostiska metoder eller terapi.

Maktsystemet ändras också i grunden. Den hierarkiska organisationen med ett paternalistiskt expertsystem som normerar lösningarna för alla andra har inte den flexibilitet som krävs. Den disciplinering av de anställda i vården som denna centralstyrning möjliggjorde gav biverkningar i arbetsmiljön då många upplevde sig utan möjlighet att påverka – inte ens när normerna var uppenbart fel.

Det nya paradigmet innebär en "återprofessionalisering" av vården. Makten övergår från politiska och medicinska centralstyrelser till professionerna på lokal nivå. Det blir den enskilde medarbetaren i vården som måste göra den personliga anpassningen i samarbete med patienten. Man får en "empowerment" av enskilda företrädare för professionerna. På detta sätt uppstår en reell patientorientering som delvis

hämtar sin modell från den hermeneutiska vetenskapsteorin där språkutvecklingen mellan terapeut och aktiv patient är en nyckelförutsättning. Till detta kommer nu det molekylärmedicinska paradigmet som också betonar individualisering som princip.

Ur arbetsmiljösynpunkt betyder detta att möjligheten ökar att använda sin professionella kunskap aktivt vilket kan förväntas leda till en större arbetstillfredsställelse. Men det kan också finnas personer, som invanda i den gamla centralstyrningen, känt en trygghet av att inte själv behöva ta aktiva beslut

De kan nu tvingas till ett större personligt ansvarstagande vilket kan upplevas som stressande. Östergötlands prioriteringslista har bl.a. framställts som ett sådant hjälpmedel för läkarkåren. Reaktionerna på denna lista tyder dock på att den är en farlig väg att gå om man vill tala om individorientering och patientinflytande

Kravet på konformism har också lett till lägre effektivitet och produktivitet i sjukvården. Journalskrivning, övrig dokumentation, terapival och procedurer har ofta genomförts med en snegling på vad som mer anses opportunt av olika auktoriteter än baserat på det föreliggande fallet.

Det anges t.ex att yngre läkare använder 20% av sin arbetstid för att täcka upp sig mot en ev anmälan till Socialstyrelsen. Kvalitet i vården tolkas mer som en anpassning till teo-

retiska normer än som en överensstämmelse med patientens förväntningar, vilket är det kvalitetsbegrepp som används utanför vården.

Det gamla paradigmet som präglat svensk sjukvård har sina rötter både i den gamla medicinska modellen och i gamla organisationsmodeller. Organisationers kultur och struktur uppstår i en viss kontext som präglas mycket av tidsandan när organisationen tillkom.

Svensk sjukvårds nuvarande modell genomgick ett formerande stadium på 1950- till 60-talet. De personer som ledde omvandlingen var födda i början av 1900-talet och var präglade av de organisationsmönster som det tidiga 1900-talet utrustade oss med. (Detta gäller också många av våra storföretag). Scientific management med sin tro på sönderdelning av arbetsuppgifter, specialisering och mekanistisk människosyn är en del av historien. De administrativa och byråkratiska skolornas ideal med strikta arbetsuppgifter, hierarkiska strukturer och formella rutiner var också viktiga komponenter.

Däremot tycks senare organisationsidéer haft svårt att tränga igenom i vården. Human relation tankarna från 1930-talet med betoningen av intresset för individerna och senare läror har inte lyckats utmana organisationskulturen i vården. Bidragande orsaker till detta är den medicinska hierarkins traditioner men säkert också den monopolliknande strukturen i svensk sjukvård.

Inga alternativa modeller har kunnat utmana den dominerande sanningen. Vi måste gå till andra länder för att finna dessa alternativ. Internationella jämförelser visar att vetenskapssyn och vårdideologier varierar och vi har 22 länder framför oss i WHO:s rankinglista över världens bästa sjukvård. Det finns alltså gott om alternativ som ur patientsynpunkt är bättre och som skulle kunna inspirera utvecklingsprocessen i Sverige.



## *Vad är patientorientering egentligen?*

Patientorientering är som vi ser det två sammanfallande fenomen. Det är för det första ett sätt att beskriva och samtala om de människor som behöver vård. Det är för det andra ett sätt att lösa samverkansproblem i det stora systemet. Allt bygger på en grundläggande princip som är enkel att förstå men svår att tillämpa.

Patientorientering innebär att man uppmärksammar att patienten är mer än ett objekt för behandling. Detta betyder att man inte kan begränsa resonemangen till att en patient är liktydig med en "diagnos". Patientorientering innebär också att man uppmärksammar att patienten har, och också kommer att använda, fler förmågor än att bara följa vårdgivarnas rekommendationer och direktiv.

Detta innebär i sin tur att man ser det som rimligt och naturligt att patienter inte kommer att "lyda" vårdgivarna eller alltid bry sig om vad de säger. Man utgår istället från att det är naturligt att patienter och deras anhöriga kommer att tänka, resonera och handla självständigt.

## Är självständigheten ett problem?

Vi tror att utgångspunkten att vi är autonoma självständiga människor är självklar för de flesta. Kan man behandla patienter på detta sätt blir det naturligt att också se på varandra på samma sätt.

Paradoxalt låter det på många samtal *som om* denna självständighet skulle vara ett problem och ett hinder både för en bra vård och ett bra samarbete. Sådana samtal brukar utmytna i lösningar där man försöker begränsa och eliminera självständigheten så gott det går. Man försöker ”styra” patienterna och varandra i en viss riktning. Det handlar inte om situationer där man självständigt väljer att göra det ena eller andra. Det handlar om en inbyggd förväntan om att man inte tror dem om att göra det man själv ser som rätt om de skulle ha fattat självständiga beslut och gjort egna val.

De negativa konsekvenserna med samtal som cirklar runt tanken att ”man skall få människor att” är att man gör sig blind för vad de faktiskt förmår (eller inte förmår). Därmed kommer man att systematiskt osynliggöra och missbedöma deras potential.

De slutsatser man kommer till och de åtgärder som blir följden kan därför leda till oanade och destruktiva konsekvenser förutom att de undervärderar vad som skulle vara möjligt. Samtalen som sådana skapar dessutom otrygghet, misstroende, frustration och vanmakt. Även helt korrekta och väl-

motiverade åtgärder kan genom att motiveras av argument där man förnekar andras självständighet få totalt motsatt effekt mot vad man avser.

### **Fokusberättelserna illustrerar att det är möjligt**

Detta är inte bara teoretiska spekulationer. Praktisk erfarenhet, exempelvis från våra fokusberättelser, visar att det är fullt möjligt att skapa en billigare, bättre och mer relevant vård om man lyckas utnyttja patientens och dennes anhörigas egna förmågor i behandlingsarbetet.

Den ekvation som vi tillfrågades om går då ihop. En god arbetsmiljö uppkommer när man känner att de resurser som finns utnyttjas på ett bra sätt. Därmed erbjuds också en god vård. Detta är inte svårt att förstå när man väl får höra hur det går till. Problemet är att sådana berättelser är sällsynta och inte alltid beaktade i övergripande beslut och åtgärder och i den offentliga diskursen.

Vi har aldrig haft svårt att få gehör för tanken att en patient naturligtvis inte skiljer sig så mycket från oss själva. En patient är självklart en person med förmågor, egen vilja och ambitioner, en egen livslinje och en egen förståelse av sina lidanden. Det räcker emellertid inte med att förstå och inse detta. Samtalen om vården och vårdsituationerna följer i allmänhet en annan logik.



## **Resurserna visar sig först i frihet**

Ett skäl till att patientens resurser är osynliga är att de visar sig först när denne agerar självständigt. Om aktiviteterna arrangeras så att handlingsutrymmet är litet och för att patienten skall foga sig efter vårdgivarens önskemål så förblir patientens resurser osynliga.

Samtidigt innebär ett arbetssätt där patienten agerar mera fritt andra problem som måste lösas. Att förstå hur dessa problem skall hanteras är en praktisk fråga som inte kan läras annat än genom att tillämpas. Att skapa en arbetssituation i vilken patientens förmågor respekteras och denna potential utnyttjas är därför först och främst en praktisk fråga. Vi menar därför att beslut och åtgärder som berör övergripande frågor i våra vårdssystem måste bygga på kunskaper om hur man i praktiken har lyckats åstadkomma patientorientering och vad man lärt sig i detta arbete.

Sådana insikter kan inte vinnas genom enbart teoretiska spekulationer eller abstrakta resonemang. De måste bygga på ett systemetiskt insamlat empiriskt material. Det är en första ansats till ett sådant empiriskt material vi försökt skapa genom de fokusberättelser vi genomfört.

## *Att genom samtal bekräfta patienten*

Morö Backe Vårdcentral – en av de enheter som givit en fokusberättelse – tar utgångspunkt i patientens egen uppfattning om sin sjukdom. Att patientens egen uppfattning om sin sjukdom och om sina förutsättningar att medverka i behandlingen måste beaktas för att vårdgivarnas insatser skall få avsedd effekt är väl känt sedan länge.<sup>8</sup> Man söker därför utforma sina rutiner så att patientens egen föreställningsvärld och drivkrafter blir synliga. Ett viktigt hjälpmedel för detta har varit det man kallar kognitiva samtal.

Också samarbetet inom vårdcentralen bygger på samma princip. Aktiviteter och möten läggs upp för att samtidigt kunna lösa aktuella verksamhetsproblem och erbjuda möjligheter för alla medarbetare att göra sitt professionella kunnande synligt. Därmed blir det automatiskt så att alla blir sedda och hörda. Inte bara av chefen utan också av varandra. Det skapas automatiskt också trygghet. Ingen behöver

---

8 Se till exempel Fallsberg 1991; 1993.

oroa sig för att någon medarbetare skall gripa in på ett sätt som andra inte är förberedda på eller kan tolka.

Genom att vars och ens föreställningar om situationen och situationens krav blir synliga kan alla ta hänsyn till detta i sitt arbete. Samarbete på Morö Backe bygger på att var och en inom sitt handlingsutrymme väljer att handla så att man också stödjer den process som andra strävar att utveckla.

Därmed är det möjligt att arbeta efter devisen att ”det är hela systemets resultat som räknas”. Samarbetsprincipen kräver en djup kunnsighet om verksamheten och om de vårdtekniska frågor som ingår i arbetet. Detta kunnande har man inte fört med sig in i verksamheten utifrån konventionell utbildning och praktik. Det har växt fram genom den patientfokusering man sett som naturlig.

Patientfokuseringen har gjort att man inom Morö Backe systematiskt vidgat sitt kunnande så att alla kan variera sitt eget handlande i samspelet både med patienten och med övriga i vårdcentralen beroende på hur dessa har det och ser på sin situation. Utgångspunkten för arbetet är att inga patienter skall komma förgäves. Därmed har verksamheten blivit både effektiv och hälsofrämjande..

Genom en kollektiv skicklighet att snabbt avgöra vilka patienter som kan behandlas adekvat som ett ”standardproblem” och vilka som kräver ett betydligt längre samtal har ”mång-sökarna” försvunnit. Läkarna har också avlastats

uppgifter som andra i teamet lika bra kan utföra och har därmed fått mera tid över för mer komplicerade fall.

Samtalet med läkaren är inte avslutat förrän både patienten och vårdgivaren är överens om att man funnit en trovärdig förklaring till patientens hela problematik, är överens om vad den aktuella primärvården kan erbjuda och inte kan erbjuda och har hittat en för patienten mer relevant strategi än att förgäves återkomma till vårdcentralen med samma frågor. Genom att på detta sätt öka patientens egen bedömningsförmåga minskar "rundgången" och tillgängligheten ökar för de patienter som verkligen har nytta av primärvårdens resurser.

Denna effektiva och hållbara lösning på tillgängligheten leder inte till krav på mer tid eller flera medarbetare. Man fokuserar sitt organiserande på att åstadkomma maximalt med de resurser som finns tillgängliga inom ramen för den så kallade intraprenad som man förhandlat sig fram till.

Är det svårigheter att rekrytera en viss yrkeskategori försöker man omfördela arbetet så att alla som kan avlastar den grupp som är "kort". Man väljer därvid en för tillfället realistisk rekryteringspolicy och försöker rekrytera duktiga människor inom de kompetensområden som går att hitta.

Skulle man få mer resurser skulle man förstås kunna åstadkomma mer. Fast inte på kort sikt. På kort sikt skulle en sådan förstärkning innebära att produktiviteten skulle sjunka

dramatiskt till dess ”de nya” utvecklats ett patientorienterat kunnande och till dess man anpassat sig till varandra.

Ett tillskott av nya är förstås inte av ondo. Samtidigt som det innebär en belastning som man måste ta hänsyn till kan tillskottet innebära nya insikter och en kunskapsutveckling som leder vidare på patientorienteringens väg. Det torde stå klart att ett nyckeltal som besök per läkare i detta fall skulle är ett helt irrelevant mått på prestation, tillgänglighet, produktivitet och kvalitet.

Vårdcentralens största problem är det man kallat ”restposten”, dvs. alla de patienter som måste lämna centralen med insikt om att de inte kan få hjälp för sitt lidande där men i allmänhet inte heller någon annanstans.<sup>9</sup>

---

9 Restpostproblemet i primärvården har utförligt behandlats i en studie vi gjort för FSA och Fammi. (Hane och Wennberg 2003)

## *Den interdisciplinära kompetensen*

På Rehabiliteringsmedicinska kliniken vid Ryhovs sjukhus i Jönköping, den andra av de enheter som deltog i arbetet, är det en självklarhet att patienten och patientens anhöriga skall integreras i teamet som arbetar med rehabiliteringsprocessen.

Skälet till detta är att patient och anhöriga är viktiga informationskällor. Det som ett okänt öga skulle kunna tolka som en effekt av den aktuella hjärnskadans kan anhöriga veta är ett sedan länge uppmärksammat särdrag hos patienten. Deras unika kunnande och uppfattning om situationen är i högsta grad relevant. Både för att bedöma vad som i det unika fallet skulle kunna vara den mest effektiva interventionen men också för att kunna avläsa relevanta framsteg.

Att se patient och anhörig som en del i teamet är dessutom en förutsättning för att dessa aktivt skall kunna engagera sig i processen. Detta innebär emellertid att man för varje patient får nya medarbetare i teamet. Patientorienteringens effektivitet bygger således på hur väl man kan bygga upp

den kollektiva kompetensen. Den kollektiva kompetensen är emellertid inget bestående. Den raseras när kollektivet förändras även om de som kommer till är synnerligen väl utbildade och erfarna. Detta är väl studerat och dokumenterat.<sup>10</sup>

Detta är det problem man på Rehabmedicin i Jönköping tvingats hantera för varje ny patient som tas in. Att utsätta sig för denna påfrestning är förstås en arbetsam och exklusiv väg. Behandlingen kallas därför också intensiv rehabilitering och bygger på det man på kliniken kallar interdisciplinärt teamarbete. Bara ett fåtal patienter kommer i fråga. Därför lägger man ner mycket arbete på konsultationer och intagningsprocedurer.

### **Hög tillgänglighet**

Förlust i kalendertid på grund av väntan på utlåtanden och utredningar kan i olyckliga fall minska möjligheten för en patient att återerövra det liv denne ser som önskvärt. Det är därför viktigt att tidigt kunna avgöra vilken typ av rehabilitering som är nödvändig.

Kliniken utvecklar därför alla sina rutiner så att varje remiss skall besvaras inom ett dygn. Därmed undviker man att patienter ”blir hängande i luften” utan möjlighet att ta

---

10 Hansson H 1998

nästa steg. Tillgängligheten beskrivs därför som mycket god även om bara en liten bråkdel av fallen blir aktuella för just intensiv rehabilitering. Bara de patienter som inte bedöms kunna få adekvat hjälp genom de ordinarie rehabiliteringsaktörerna kommer i fråga.

### **Den interdisciplinära arbetsformen**

Intensiv rehabilitering innebär att många specialister inklusive patient och anhörig arbetar med processen samtidigt. Samarbetsformen skiljer sig därför från den vanliga multidisciplinära. I ett multidisciplinärt team arbetar man parallellt men inte gemensamt. Teamet innehåller medarbetare med olika kompetenser men man delar upp arbetet i ”mitt och ditt” och fördelar ansvaret.

I det interdisciplinära teamet däremot arbetar alla samtidigt runt patienten. Det finns en mycket tydlig struktur och disciplin även i det interdisciplinära teamet. Den syftar emellertid inte till att klargöra gränser mellan professionerna utan till att göra den effektivaste improvisationen möjlig. Disciplinen och strukturen kan liknas vid den som förekommer vid improvisationer inom musik och teaterverksamhet.

Dokumentationen är omfattande men inte i första hand avsedd för den årliga revisionen. Den ses istället som ett aktivt verktyg för att befrämja utvecklingen av den kollek-



tiva kompetensen och för att alla inblandade löpande skall kunna avläsa hur processen utvecklar sig. Genom detta har alla ett underlag för att våga fånga tillfällena i flykten och kunna genomföra den kreativa möjlighet som kanske just öppnat sig. Var och en måste kunna ta ansvar för att man genom sitt agerande inte saboterar för andra att bidra med sitt kunnande.

### **Att ta vara på egenaktivitet**

Arbetet bygger på att man tar hänsyn till att berörda personer, inklusive patienten, är autonoma och handlande aktörer och inte kan ses som statistiska enheter eller objekt för behandling. Den professionella skickligheten ligger i att gemensamt uppfatta vilka interventioner och aktiviteter som skulle vara meningsfulla för patienten att medverka i men också att observera patientens egna signaler och ambitioner.

Det finns inga standardiserade moment. Varje insats uppfattas som unik och ställs i relation till processens karaktär. Det kan exempelvis handla om att ta patientens hund till avdelningen, träna rörelser i samband med att denne önska vaxa sin bil osv.

Alla försöker undvika att göra varandra till stereotyper och patienten till en diagnos som skall behandlas enligt ett visst program oberoende av personen. Detta får följder för kvalitetsuppföljningen.

Statistiskt visad evidens för god vård blir då bara en av många utgångspunkter för teamets bedömning av sin kvalitet. Yrkesstoltheten ligger just i avstegen från det mekaniska och i att man kan ta sig vidare och gå utöver den behandling som statistiskt anses bra för en patient.

### **Att bli synad på sin kompetens**

Den stora friheten innebär att man måste acceptera att alla väljer att göra det de anser lämpligt inom de ramar som finns. I en del fall kan handlingsutrymmet vara mycket litet men det finns alltid ett visst utrymme för val. Var och en måste därför vara beredd att argumentera för det utrymme i processen som denne behöver för att medverka med sitt unika kunnande.

Valen man gör i behandlingsarbetet uppfattas vara avgörande. Man kan välja att göra som man alltid har gjort. Eller man kan välja att följa de direktiv som utfärdats. Eller man kan välja att göra avsteg från rutinen därför att situationen visade att detta skulle vara effektivare i det aktuella fallet. Ingen kan inte frånsäga sig ansvaret för att ha valt.

Transparensen i det interdisciplinära teamet är ett måste. Att utveckla samtal i vilka bedömningar och antaganden kan utforskas och preciseras är därför ett led i den kompetensutveckling som måste till. Därför kan alla också bli

ställda till svars för sina bedömningar och tvingas argumentera för dem. Man kan bli synad på sina antaganden. Man har därvid inte bara rätt utan också skyldighet att påtala när systemet inte fungerar optimalt.

## **Unika procedurer för att skapa trygghet och säkerhet**

För den som är van vid andra arbetsformer kan detta arbetsätt verka oönskat. Man kan känna det obehagligt att bli ”synad” och det kan upplevas farligt att ställas inför kravet att behöva ifrågasätta andra. För att hantera dessa problem har kliniken fördjupat samarbetsfrågorna.

Aktiviteter där man går igenom antaganden och bedömningar skall aldrig skall behöva kännas obehagliga eller farliga. De skall istället utformats så att man genom dem upplever sig bli mer stabil i sitt yrkeskunnande. Man har därför arbetsorganisatoriska procedurer som medför en högre trygghet och säkerhet mot att bli kränkt av varandra än vad som vanligen finns på andra arbetsplatser.

Ett annat sätt att uttrycka detta förhållande är att konstatera att frågan om konflikter ständigt är aktuell. Vill man arbeta i ett interdisciplinärt team kan motsättningar och skilda åsikter inte undvikas. De är snarare regel än undantag. Problemet är inte att friktioner finns utan hur de hanteras. Inövade konfliktbeteenden som skadar identiteten hos inblandade parter och blockerar en öppen kommunikation är

oönskade. De skapar en otrygghet och osäkerhet som försvårar arbetet i det interdisciplinära teamet. Därför måste särskilda och annorlunda arbets- och kommunikationsformer utvecklas och läras för att hantera denna typ av motsättningar.

### **Alla passar inte in**

Trots försöken att utveckla sådana arbetsformer konstaterar man att alla inte kan anpassa sig till de krav som deras arbetsform ställer. Den som försöker undvika det ömsesidiga beroendet av varandra genom att exempelvis bygga murar och revir saboterar arbetsformens hela potential.

Det gäller också de som av olika skäl är fast i konventionella konfliktlösningsmekanismer. Detta är ett faktum som inte kan förbigås. Man måste därför se till att personer som saknar förutsättningar eller vilja att utveckla den kompetens som krävs och som inte har förutsättningar att delta i denna typ av arbete kan lämna verksamheten utan dramatik och prestigeförlust.

Om man bortser från det faktum att intensiv rehabilitering inte är den bästa formen för alla patienter med behov av rehabilitering och att arbetsformen inte är lämplig för all personal så är den, genom sin patientorientering, optimalt anpassad till vad den utför.

Vi menar att det just är verksamhetens patientorientering som har lett till att en god tillgänglighet och ett optimalt resursutnyttjande kan kombineras med en god arbetsmiljö.

## *Den trygga och nära vården*

Kvinnokliniken i Motala var i kris. Verksamheten riskerade att falla sönder. De två cheferna Birgit Nilsson och Barbara Almfeldt medverkade till att omvandla verksamheten så att den kunde erövra SIQ:s kvalitetspris. Om detta skrev de en bok ”Från kris till pris”. Nyckeln i deras arbete byggde på patientfokusering. Det var denna som löste upp de konflikter och den otillfredsställdhet som präglade arbetet på kliniken tidigare.<sup>11</sup>

Kvinnokliniken var den tredje enheten som medverkade med en fokusberättelse. Det framgick av den och den bok man hade skrivit att patientfokuseringen ledde till att man på olika sätt skaffade sig en större och säkrare kännedom om varje patient. Detta medförde starkt förbättrade arbetsförhållanden på kliniken. Patientfokuseringen visade sig således nödvändig av rent praktiska skäl eftersom vården på kliniken så kraftigt hade förändrats under en tio årsperiod.

---

11 Nilsson och Almfeldt 2001

## **Ökad kunskap om patienten var nödvändig**

I den tid då varje förlöst mamma stannade på sjukhuset i minst 10 dagar fanns gott om tid att skaffa sig underlag för vad som var adekvata interventioner och nödvändiga försiktighetsåtgärder. Det var lätt att efter 10 dagar avgöra vilka mammor som behövde följas upp och vilka som kunde lämnas utan risk för komplikationer.

I början av 80-talet infördes emellertid ”tidig hemgång”. Den som vill kan få gå hem redan sex timmar efter förlossningen om allt ser normalt ut. Detta uppskattas av patienterna och sparar självfallet vårdkostnader.

Den osynliga kostnaden är emellertid uppbyggnaden av den kunskap om patienten som medför att vårdgivaren redan efter sex timmar är kapabel att avgöra om det verkligen är tillrådligt att en viss patient går hem så tidigt eller inte. Ansvaret vid en felbedömning är fortfarande lika tungt. Rent praktiskt måste man också bygga upp viss stödverksamhet i hemmet.

Samma principer tillämpas också i den gynekologiska verksamheten. Kompetensen skapas genom att många i teamet träffat patienten redan innan operationen. Dels i arbetet att på olika sätt förbereda patienten för sitt ställningstagande inför olika förslag och alternativ. Dels i samband med patientens tidigare kontakter med kliniken.

## **Kontinuitet i behandlingsarbetet nödvändig**

Den kontinuitet som krävs för denna djupare kännedom om patienten vilar inte på någon enskild person utan just på arbetet i de interdisciplinära team som man skapade.

Den säkrare bedömningen av vad man kan förvänta sig av samarbetet med patienten i den fortsatta behandlingen gör inte bara det professionella arbetet säkrare. Det ökar också produktiviteten. Det var exempelvis möjligt att bara i undantagsfall boka tid för återbesök. De allra flesta patienter kunde genom det djupa samarbetet uppmanas att själva ringa upp vid behov. För patienten själv är det en stor fördel att under hela processen ha fortsatt kontakt med den läkare och det team man haft från början.

Patientfokuseringen var därför inte ett utifrån kommande koncept. Den växte fram genom den otillfredsställdhet med arbetet och behandlingsresultaten som den gamla uppdelningen och det gamla produktionsorienterade arbetssättet ledde till.

Omställningen och hanterandet av krisen hade inte varit möjlig om man inte bestämt sig för att arbeta efter denna princip. Först genom detta fick personalen utlopp för sin professionalitet och blev nöjda med sin insats.



## **Bort från stordriftstänkandet**

Vägen till en patientfokusering från det stordriftsdominerade arbetssätt man hade tidigare är egentligen ganska självklar. Ett första nödvändigt steg i den tekniska och kunskapsmässiga omvandling som skett är att man har möjlighet att anpassa behandlingen till varje patients unika situation och förutsättningar. Man tvingas därmed arbeta med mer differentierade kundsegment än vad som vanligen beskrivs inom de diagnostiska klassificeringar som finns.

Kompletterar man denna ambition med att försöka integrera patienten i sin egen behandling och därmed dra nytta av dennes egna resurser så kommer behandlingsarbetet att dramatiskt ändras från ett antal olika men på förhand definierade "behandlingar" till att varje patient engageras i ett helt unikt och "skräddarsytt" aktivitetsmönster. I en sådan situation blir organisation och arbetsformer såväl som kompetenskraven, helt annorlunda än de arbetsformer man vant sig vid i stordrift.

Framgången med en stordriftsbaserad verksamhet och med standardiserade behandlingsalternativ har exempelvis byggt på att avvikelser från statistiska medelvärden jämnat ut sig eller ansetts försumbara. Kvalitet och behandlingsresultat har därmed kunnat fastställas med statistiska metoder. Kvinnosjukvården har emellertid större krav på närhet och kontakt. Genom att detta leder till att man tvingas följa upp varje patient för sig uppstår helt andra krav på evidens och säkerhet.

Stordriftens effektivitet är dessutom beroende av att standardiserade behandlingsalternativ kan återupprepas i en tillräcklig volym. Först om så är fallet är det möjligt att skapa en horisontell arbetsdelning där varje moment. Genom att det utförs tillräckligt ofta, kan kopplas till en speciell yrkeskunskap.

Skall man arbeta utifrån en skraddarsydd och patientfokuserad idé blir en kompetens som erhållits genom en sådan specialisering alltför begränsad. Den måste byggas ut och kompletteras med ett större helhetstänkande. Man måste kombinera bredd och djup. Detta kräver nya inlärningsformer och andra arbetsstrukturer än de gängse.

När den standardisering som stordriften förutsätter måste överges måste man därför också överge den specialisering mellan olika yrkesgrupper och arbetsområden som man tidigare setts som naturlig. Arbetet måste istället bedrivas i interdisciplinära team i vilka patienten har en självklar plats. Först då kan man integrera hög tillgänglighet och gott resursutnyttjande med en god arbetsmiljö.



## *Om utvecklingsarbetet i vården*

SAMTAL MED GÖRAN HENRIKS, UTVECKLINGSDIREKTÖR I  
JÖNKÖPINGS LÄNS LANDSTING

Svårigheten att överblicka hur en förändring i en del av verksamheten får effekter i resten av systemet skapar en osäkerhet hos berörda medarbetare. Detta hämmar det utvecklingsarbete som egentligen skulle krävas idag för att vården skulle leva upp till den kvalitet som anses rimlig i många andra länder.

I Sverige tvingas man acceptera att man inom akutsjukvården felmedicinerar 10 patienter av 1000 behandlade medan man i USA kräver en motsvarande felmedicinering på högst 1 av 1000. Det finns vidare stora brister vad avser kvalitet och tillförlitlighet vid nästan alla sjukvårdsenheter. Ingen enhet förefaller vara bättre än den andra utan kvaliteten i den vård som erbjuds tycks variera beroende på vilka personer som just för tillfället är i tjänst.

Kvalitetsbristen är den fråga som vårdens aktörer omedelbart skulle behöva kraftsamla sig kring. Innan den frågan är tillfredsställande löst blir alla andra verksamhetsfrågor ”icke-frågor”. Det är alltså brister i den vård som erbjuds,

som nu innebär att medarbetare inte sover om nätterna – och inte brister i tillgängligheten. Det är därför nödvändigt att de professionella aktörerna inom respektive verksamhet öppet säger: ”Detta duger inte!”

Det är vidare nödvändigt att man slutar använda längden på köerna som ett argument för mer resurser och som ett språk för att visa sin verksamhets viktighet. Så länge det är på det viset kommer systemet att skapa sina köer och ingen vill på allvar försöka vidta åtgärder för att jobba bort den puckel man bär med sig.

## **Landstingens utvecklingsarbete**

I mitten av 90-talet tog Landstingsförbundet i samarbete med några landsting kontakt med några ledande institutioner för utvecklingsarbete inom sjukvården i USA. På basen av deras erfarenheter introducerades en modell för arbetsplatser i Sverige att förbättra sin verksamhet.

Modellen kallades ”Genombrott” och erfarenheterna från de första årens arbete, som inriktades just på att öka tillgängligheten, finns redovisade i rapporterna ”Genombrott I och II – att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvård”.<sup>12</sup> (1998; 1999).

---

12 Landstingsförbundet 1998;1999

Modellen baseras på Edward Demings tankar om ett kontinuerligt förbättringsarbete. Verksamhetsutveckling bygger på att testa, pröva och öva.<sup>14</sup>

Grunddragen i Genombrottskonceptet är att fastställa tydliga mål, utveckla enkla mått för att kunna följa effekterna av genomförda förändringar samt att systematiskt testa alla förändringar i liten skala innan de omsätts i hela verksamheten. Alla systematiska tester bidrar till ett lärande om hur systemet fungerar. Detta innebär att också väl designade försök, som inte åstadkommer det man hoppades, är synnerligen värdefulla för att öka kunskapen om ”varför det blir som det blir när man gör som man gör”. Genombrottsmodellen innehåller 27 olika exempel på förändringskoncept, som kan användas för att öka tillgängligheten. Dessa kan grupperas i tre strategier : att matcha kapacitet och efterfrågan, att påverka efterfrågan och att förändra systemet.

Landstingsförbundet har det senaste året koncentrerat sitt arbete kring ett antal kraftsamlingsområden för att öka medlemsnyttan. För hälso- och sjukvårdens område har ett kraftsamlingsområde inriktats på att öka tillgänglighet och förnyelse. Som ett led i detta har man startat programmet ”Bättre flyt i vården”.<sup>14</sup> I det program som just nu pågår deltar 43 team.

---

13 Deming 1993

14 Landstingsförbundet 2003a

Idealized Design är en vidareutveckling av Genombrottsmetodiken, som utvecklats av medarbetare vid Memeologen i Västerbottens läns landsting men tillämpas nu i många landsting i hela landet. Idealized Design använder samma grundmetoder men vidgar sitt fokus till att mer gälla helheten i organisationen. En beskrivning av erfarenheter från tillämpningen vid ett antal vårdcentraler och kopplingen till några olika teoretiska begrepp för kvalitetsarbete redovisas en uppsats från företagsekonomiska institutionen vid Stockholms Universitet.<sup>15</sup>

## **Utvecklingsarbetet ”Bra mottagning”**

En motsvarande utveckling har i Jönköpings läns landsting skett inom ramen för projektet ”Bra Mottagning”. Fem program har initierats sedan 1999. Totalt 37 team från fem landsting har deltagit i de fyra program som har avslutats och en utvärdering av gjorda erfarenheter har genomförts av Trygghetsfonden.<sup>16</sup>

Den första slutsatsen är att Bra Mottagning är en mycket bra startmotor. Den andra slutsatsen är att det krävs mer än en startmotor för att uppnå och behålla goda resultat. Den tredje slutsatsen är därför att man måste växla från

15 Löqvist oa 2002

16 Trygghetsfonden 2002

start till huvudmotor. Utmaningen ligger i att kunna underhålla det förbättringsengagemang och lärande som etablerats i de deltagande teamen.

För att nu stärka förbättringsarbetet har projektledarna vid Qulturum utarbetat en handbok. Den heter "När tiden inte räcker till".<sup>17</sup> I handboken utvecklar man hur ett konstruktivt utvecklingsarbete handlar om relationen mellan den tid vi har till förfogande och vilka förbättringar vi kan göra för att ta till vara på denna tid bättre. Dessutom redovisas de grundläggande tankar och teorier som projektet bygger på.

En utgångspunkt för arbetet i "Bra Mottagning" är : "Att utveckla patientfokuserad kvalitet – och sin arbetsplats, sin mottagning – innebär att skapa nyfikenhet i arbetet att förstå varandras olika individuella tider som den gemensamma tid vi har – vår tillgänglighet".

En annan utgångspunkt är den systemteoretiska ansatsen: "Varje system är perfekt utformat för att uppnå exakt de resultat det uppnår". Man kan därför säga att sjukvården har den tillgänglighet den kan ha så länge man inte förändrar själva systemet. Och att ändra i system vet vi sedan länge kräver stora mått av kreativitet.

---

17 Strindhall oa 2003



## **Det mesta är första ordningens förändringar**

Chris Argyris<sup>18</sup> beskrev i många av sina böcker skillnaden mellan ”första ordningens förändringar” – det vill säga de förbättringar som kan åstadkommas genom justeringar inom ramen för det system som finns – och det han kallade ”andra ordningens förändringar”. De allra flesta av de projekt som genomförts i landstingen i Sverige har utgått från strategier som Chris Argyris skulle kallat ”första ordningens förändringar”. Problem som åtgärdas genom första ordningens förändringar tenderar att väldigt snabbt återkomma och detta är också erfarenheter från många av de förändringsprojekt som genomförts.<sup>19</sup> Detta faktum är en starkt bidragande orsak till att ”projekt-leda” breder ut sig och ett viktigt argument till att projekt måste genomföras med stor seriositet och eftertanke.

## **Tankefigurerna om styrning och effektiv management försvårar**

Svårigheten att överge ”första ordningens förändringar” är mental. Våra analyser styrs av de tankefigurer som finns etablerade i kulturen och som begränsar vad som förefaller möjligt och relevant att göra i en viss situation. Sjukvården

---

18 Argyris 1990

19 Abrahamsson 2000

hämtar sina sinnebilder för styrning och management från hur kyrkan och militären fungerade när sjukvårdens institutioner byggdes upp.

De bygger på att verksamheten är fullständigt planerbar och att klargöranden av ansvar och befogenheter kan göra olika medarbetare tämligen oberoende av varandra. De bygger också på Taylorismens grundläggande idé om att det är önskvärt att särskilja tänkande och görande. Vissa personer bestämmer, andra planerar och ytterligare andra utför det andra beslutat och planerat.

Taylorismen möjliggjorde en produktiv och framgångsrik industriverksamhet, trots att de personer som arbetade i den var före detta jordbruksarbetare som helt saknade erfarenhet av produktion och relevant utbildning. Till grundidéerna hör därför också att bygga en verksamhet där de olika arbetsuppgifterna skall kunna utföras så oberoende av varandra som möjligt.

Taylorismens tredje grundidé är att det går att vetenskapligt räkna fram vilket som är det mest effektiva sättet att åstadkomma ett resultat – förutsatt att det rör sig om ett så kallat slutet problem; det vill säga ett problem där man redan från början kan avgöra vad som är en korrekt lösning.

Öppna problem har inga givna svar. Det gäller i stället att handla klokt i den unika situationen. De som menar att evidens – det vill säga ”det som lätt inses” – bara kan uppnås

genom randomiserade experiment med minst en kontrollgrupp begränsar diskussionen till sådana slutna problem. Den kunskap som krävs för att handla klokt i en given situation kallas "fronesis" och beskrivs och utvecklas genom utforskande samtal.

### **Från fabrikschef till cirkusdirektör**

Värden genomgår just nu ett paradigmskifte; lika dramatiskt som när räknestickan gjorde sitt intåg bland kalkyle-rarna. Det behövs helt nya arbetsformer som möjliggör att den handlingsklokhets som behövs kan utvecklas. Verksamheten kan inte heller längre betraktas som en industriproduktion.

Arbetet i team och nätverk innebär att beroendet mellan personer och enheter blir mycket större och tätare än tidigare. Ledningen kan inte längre se sig som chefer för en fabrik. De måste inse att de snarare är cirkusdirektörer.

En cirkus innebär att en lång rad av självständiga och individuellt skickliga artister ( eller artistgrupper) måste samarbeta för att gemensamt skapa ett program som publiken uppskattar. Ledningens uppgift är att hålla koll på att alla håller sina överenskommelser – kommer in i manegen när de lovat; undviker att komma in när det inte är deras tur; klarar av att utvidga sitt eget program när någon är sjuk och så vidare.

Men ledningen har inte synpunkter på vilka volter man utför i trapetsen. Detta är de professionella aktörernas eget område. Det är också dessa som kan avgöra vilka förutsättningar som måste gälla för att man skall kunna göra sin volter utan att utsätta sig och andra för livsfara.

De professionella aktörerna måste själva tillsammans i ”systemiska möten” belysa verksamhetens kvalitet; visa hur systemet fungerar; säga ifrån när verksamheten inte håller måttet; ta fram fakta som ”gör motstånd” mot vissa typer av lösningar; komma med förslag om hur verksamheten kan utvecklas.

Sjukvården kan inte fungera efter en ”köp och sälj modell” Sjukvården kan inte – lika lite som en cirkus – uppfatta sig som en servicegivare där ”kunden får det kunden beställer”. De köp- och säljmodeller som introducerades för några år sedan tog inte hänsyn till medarbetarnas kunskap om vad som är professionellt hedervärt att erbjuda sina patienter. Tanken att patientens fria val av vårdgivare driver fram en kvalitetsutveckling får bara avsedd effekt om kunden alltid är tillräckligt insatt i – och dessutom själv kan avläsa – relevanta tecken på god kvalitet.

Jönköpings läns landsting har valt en helt annan väg. De boende i Jönköpings län betraktas som intressenter. De har investerat pengar i vården just inom sitt eget landsting och de har därför rätt att där få tillgång till en så god vård som möjligt. De skall inte själva behöva bevaka detta eller för-

söka ta ställning till vart de skall vända sig. En fjärdedel av de 400 enheterna inom landstinget har redan uppnått det man valt att kalla ”advanced access”. ”Advanced access” innebär att alla patienter får kontakt med en läkare inom 3 dagar och med den specialistvård de behöver inom 14 dagar.

### **Ett program som åstadkommer systemförändringar**

Förändringsarbetet inom programmet ”Bra Mottagning” fortsätter. Hela programmet syftar till att åstadkomma andra ordningens systemförändringar. Det systemiska synsättet – det vill säga att varje system är perfekt utformat för att uppnå exakt de resultat det uppnår – genomsyrar därför allt förändringsarbete som pågår.

Ingen enskild person görs ansvarig för enskilda misstag men alla har ansvar för helheten. Ett exempel på systemförändring är hur informationen sprids i systemet. Var och en i flödet har nu ansvar för att lämna information bakåt i kedjan om hur arbetet fungerade och att samtidigt informera dem som ligger senare i flödet om vad som inte kunde göras klart.

I den strategiska planen för Jönköpings läns landsting finns fastställt att man inom 5 år skall ha uppnått ”avancerad access” för alla patienter, att man skall ha 15 kliniska processer i världsklass och att medarbetarna vid alla vårdcentraler också skall delta i det strategiska utvecklingsarbetet.

För att uppnå målen krävs en ny logik för basstrukturen. Den gamla tanken med ekonomiskt självständiga kliniker måste omvärderas och ifrågasättas.

Det är bra om vården i stället struktureras i termer av :

1. Access för alla dom som investerat i verksamheten
2. Enheter för beslutsstöd – kan organiseras oberoende av geografisk lokalisering
3. Vårdformer, som blir fler – komplexiteten växer
4. Egenvårdsverksamhet
5. Återvändande till livet utanför sjukhuset.

Utvecklingsarbetet utgår från att man även framgent kan se landstinget som en organisatoriskt sammanhållen enhet och ett system med en gemensam värdebas och spelregler som bygger på samverkan. Arbetsformerna i utvecklingsarbetet bygger på att man agerar sig till nytt tänkande.

Det kommer dock att krävas ett stort gemensamt arbete för att allt bättre förstå hur man kan motverka alla de fragmenterande krafter som verkar i systemet och undvika att man varken återfaller till taylorismen eller hamnar i kaos.

Det framtida utvecklingsarbetet inom Jönköpings läns landsting har tre olika men lika viktiga foci:

1. Klinisk resultatsförbättring – högre livskvalitet för allt fler patienter
2. Säkerhet – färre felhanterade patienter
3. Läkemedelsanvändning – färre felmedicineringar.

### **Ett system med många intressenter**

Jönköpings läns landsting ser sig som en av flera intressenter i ett system, som strävar efter god hälsa hos alla medborgare i ett ekologiskt sunt och hållbart samhälle. En synnerligen viktig intressent i detta system är också som tidigare nämnts befolkningen – alltså de som investerar sina skattemedel i landstingets verksamhet – liksom också de olika kommunerna i regionen.

Till intressenterna räknas också apoteken och läkemedelsindustrin, vilka alla är helt eniga med landstinget om att en god användning av läkemedel ligger också i deras intresse. Även de medicin-tekniska leverantörerna räknas som intressenter i systemet.

## **Arbetsmiljöarbete, utvecklingssamtal och analys av sjukskrivningar**

För att löpande utveckla en verksamhet, som också är sund som arbetsplats, genomför landstinget i Jönköpings län varje år en enkät där alla medarbetare beskriver sin arbetssituation. Resultaten bearbetas på arbetsgruppsnivå, kliniknivå och på förvaltningsnivå och möjliggör jämförelser med andra grupper på samma nivå.

Varje grupp diskuterar sina resultat och redovisar sina handlingsplaner till närmaste chef. För att underlätta arbetet finns en mall för redovisningen:

- ange vilka problem som har uppmärksammats,
- ge förslag till förändringar,
- ange vilka områden som prioriteras,
- beskriv handlingsplanen.

Dialogen kring arbetsmiljöenkäten resulterar till exempel i att brister i chefskapet kan uppmärksammas, liksom att samspelet inom teamet inte fungerar, att det finns risker för förslitningsskador eller att det behövs satsningar på fysisk aktivitet.

Man har i Jönköpings läns landsting analyserat alla sjukskrivningar under ett antal år. Resultatet visar att 49% av medarbetarna inte varit sjukskrivna en enda dag. En tred-



jedel av sjukskrivningarna orsakas av faktorer som inte alls är relaterade till arbetet medan två tredjedelar åtminstone delvis måste ses som beroende av faktorer i arbetet. Samma analyser visar också att andelen sjukskrivna inom landstingets verksamheter exakt följer hur andelen sjukskrivna går upp och ner i det privata näringslivet i samma region.

På motsvarande sätt som för arbetsmiljöarbetet finns också ett material som skall göra utvecklingssamtalen konstruktiva. Materialet bygger på 13 olika värdeområden. För varje område finns en vinjett som beskriver hur en situation fungerar om det är dåligt, bra respektive mycket bra. Med hjälp av detta material skattar både chef och medarbetare den aktuella arbetssituationen.

Nöjda patienter – den största motorn för förändringsarbetet  
Sammanfattningsvis talar erfarenheter både från arbetsmiljöarbetet och från utvecklingssamtalen för att ”nöjda patienter” är det som påverkar arbetstrivseln mest och som skapar den största motivationen i ett förändringsarbete. Ett utvecklingsarbete som fokuserar på ”ökad patientnytta” förenar alltså både kvalitetsarbete och arbetsmiljöarbete.

# Del 3

## plattformen



## *Om dagens missmod och hopplöshet*

Sverige har stolta traditioner när det gäller utveckling av arbetslivet. Vi har berömt oss för att vara föregångare på detta område. Den viktigaste frågan har handlat om det som numera kallas KASAM – känsla av sammanhang. De tayloristiska arbetsformerna uppfattades därvid som blockerande för motivation och engagemang. De nya produktionsformer man strävade efter skulle präglas av hög delaktighet, högt ansvarstagande och god arbetsmiljö.

För tio år avslutade vi en serie utvärderingar av sådana projekt finansierade av bland annat arbetslivsfonden. Man verkade på de arbetsplatser vi studerade ha funnit ett sätt att fungera som kombinerade höga humanistiska krav med krav på hög produktivitet.

Den typ av förändringsinsatser vi utvärderade hade vid denna tid redan tio till femton år på nacken. Det var således en lång kamp som genom dessa pilotarbetsplatser hade lett till framgång. Under processens gång hade det stora arbetet varit att bryta den passivitet och misstro som medarbetarna

”på golvet” kände för insatser initierade av konsulter, tjänstemän, ledning och arbetsgivare. I den tidens produktions-tekniska analyser och resonemang behandlades nämligen underställda bara som ”arbetskraft”, anställningsnummer och utförare. De förväntades inte, och skulle inte, engagera sig i problemlösning, planering, styrning och ledning.

De naturliga reaktionerna på en sådan behandling varierade från likgiltighet, passivitet, uppgivenhet och distansering till mera aktiva och destruktiva reaktioner som aggressivitet, ilska och de undertrycktas tyranni (Wennberg 1982).

Att återskapa ett förtroende för att alla ”satt i samma båt” och att det var ett gemensamt intresse att verksamheten var produktiv, konkurrenskraftig hade varit svårt. Det hade krävts många och långa möten och olika sittningar för att visa hur man kunde bryta den så kallade vertikala arbetsdelningen och få till stånd en dialog över dessa gränser.

### **En ny organisatorisk kompetens**

Frigörelsen gjorde nya resurser synliga. Vad som hände var att medarbetarna utvecklade ett arbetsorganisatorisk kunskande som medförde att de själva kunde delta både i skapandet av olika lösningar och det effektiva genomförandet av dem. På ytan verkade det som insatserna bara ökade motivationen. I verkligheten skapades ett fördjupat organisatoriskt

kunnande. Detta kunnande var inte möjligt att avläsa med konventionella datainsamlingar analyser. Det ”visade sig” däremot när man studerade resultaten. Det arbetsorganisatoriska kunnandet gavs därför av Brulin och Nilsson namnet ”Faktor X”.<sup>20</sup>

Problemet med dessa förändringsförsök var att de inte i grunden påverkade omvärldens och företagsledningarnas förståelse för vad som hände. Samtalen handlade fortfarande framför allt om motivation, ansvarstagande, delaktighet och inte alls om den specifik kompetens som byggdes upp. När krisen kom på 90-talet så förbyttes därför bara på något år den förhoppningsfulla stämningen i moll, desperation och förtvivlan.

### **När förtroendet sveks**

Ett exempel från en av dessa pilotarbetsplatser får illustrera denna omsvängning. Med viss möda hade medarbetarna på golvet gemensamt lärt sig förstå de sociala och psykologiska mekanismer som är i spel vid byte av skift. Risken är nämligen stor att det uppstår onödiga konflikter mellan de olika skiftslagen om man inte känner gemensamt ansvar för produktionen. Man hade arbetat hårt för att finna en överlapp-

---

20 Brulin och Nilsson (1995)

ningsform som fungerade och som tog så liten tid som möjligt men där man ändå effektivt kunde förebygga missförstånd.

Snabba förändringar i omvärlden ställde emellertid allt på huvudet. Företagets position förändrades och omvärld (läs aktiägare) krävde att personalstyrkan reducerades. Nya direktiv initierades och all ”spilltid” skulle bort. Som spilltid betraktades den överlappningstid som man ”på golvet” hade sett som nödvändig. Personalens argument förklingade ohörda. Överlappningstiden slopades. I ett slag återkom förstås all misstänksamhet. Allt återföll i det gamla.

## **Mot slimmade organisationer**

Den typ besparingsstrategi som användes förvärrade situationen. Med tiden blev det allt mer tydligt att man inte längre satt i samma båt. När ledningens intressen hotades återtogs kommandofilosofin och deras egna beslut drevs igenom.

På många arbetsplatser blev det så att arbetarnas åsikter och förslag misskrediterades. Därefter informerades förstås ledning och tjänstemän så litet som möjligt om vad som hände i produktionen för att undvika att de ”lade sig i”. Man ljög med statistiken för att slippa inblandning. Allt detta gjorde att de beslut och åtgärder som gjordes av ledningen blev allt mer missriktade. Vilket i sin tur gjorde att man än

mer kunde peka finger åt nästa beslut och nästa åtgärd osv. En ond spiral hade startats.

Att detta inte är en ovanlig utveckling framgår av en mängd erfarenheter. Många av de arbetsorganisatoriska förändringsförsök som hade haft stor lokal framgång har senare visat sig bli isolerade öar som långsamt förtvinat.

Lösningar som prövats tidigare med goda resultat presenteras av nya entusiaster som ”nyheter” och genomförs med stor entusiasm. Bara för att efter några år gå samma öde till mötes som de tidigare försöken. Missmodet speglar sig i den offentliga diskussionen om vårt arbetsliv som utmålas som ”ohållbart” och ohälsosamt.

### **En konflikt mellan tankestilar**

Detta gäller i hög grad den offentliga sektorn och sjukvården som pekas ut som särskilt illa därän trots det stora antalet utvecklings- och förbättringsinsatser som faktiskt görs. I en aktuell artikel föreslår Brulin och Ekstedt att detta kan bero på att ledande företrädare för arbetsmarknadens parter såväl som olika politiska grupperingar och statliga institutioner ”gett upp”.<sup>21</sup> Det är som om besvikelsen har paralyserat oss.

---

21 Brulin och Ekstedt 2003



Det finns därför anledning att fundera över hur detta kan komma sig. Vi kan utifrån de fokusberättelser vi tagit fram i detta projekt konstatera att det sannolikt handlar om en konflikt mellan olika tankestilar. Det framgångsrika arbetet i dessa tre enheter präglas av ett sätt att tänka och resonera – en tankestil – som vi inte återfinner i de övergripande resonemangen,

De tre enheterna formulerar sina analyser efter en tankestil som vi kallar patientorientering medan man i de offentliga diskussionerna och i ledningsarbetet använder en tankestil vi kallar produktionsorientering. Det är motsättningen mellan dessa båda stilar som gör att goda exempel inte blir robusta och inte kan spridas. Det verkar vara denna till synes olösliga motsättning som skapar det missmod som Brulin och Ekstedt pekar på.

## *Om tankestilar och tankekollektiv*

Den diskrepans som visar sig mellan de övergripande resonemang som förs och så som man beskriver sina erfarenheter i ”det lilla systemet” kan närmast beskrivas som skillnader i de vanemässiga samtals- och analysmönster – de tankestilar – som utvecklats. Det handlar knappast om dumhet eller omoral. Det handlar inte heller egentligen om skillnader i ideologi och värderingar. Det handlar snarare om en slags isolering eller distansering från de sakfrågor som måste analyseras. Klyftan är varken mystisk eller onaturlig.<sup>22</sup>

Förekomsten av tankestilar påpekades av en läkare och mikrobiolog, Ludwig Fleck, redan 1935.<sup>23</sup> Han var därmed en direkt föregångare till Thomas Kuhn, (han med paradigmen),

---

22 Denna diskrepans är inget unikt för sjukvården. Den tycks vara genomgående i hela samhället. Den har bland annat påvisats och analyserats av Pierre och Rothstein (2003) och dess förekomst i utbildnings- och forskningssystemet har beskrivits i en tidigare rapport (Wennberg och Hane 2003)

23 Fleck (1997) i översättning av Bengt Liliequist

och Michael Foucault, (han med tankar om kunskap som en produkt av diskurser och ett diskursivt förnuft). Ludwig Fleck kan sägas tillhöra den grupp av personer som riktat kraftfull kritik mot den positivistiska synen på vetenskap och på naturvetenskapernas anspråk på en övergripande legitimitet när det gäller vad som kan uppfattas som ”sanning”.

Fleck är intressant just i detta sammanhang eftersom han tar utgångspunkt i medicinen. Han konstaterar nämligen att utvecklingen av sanningar och faktum inom medicinen skiljer sig från processen i teknik och naturvetenskap just genom en mycket mer tydlig koppling till samhällsfrågor och sociala förhållanden.

Fleck menar att erfarenhet måste förstås som resultatet av en komplicerad träning av kunskapsförmågan som uppkommer genom en växelverkan mellan lärjungen, det redan kända och det som skall undersökas. Vi varseblir således enligt Fleck det som vi i kraft av vår utbildning, träning och praktik förmår varsebli. Rosengren<sup>24</sup> som refererar Fleck konstaterar följande:

Novisen som ser i ett mikroskop förmår inte urskilja det som den tränade forskaren lärt sig att se. Den process som förvandlar en novis till en fullfjädrad forskare är inte en process där en individ successivt lär sig se allt som finns där. Nej individen lär sig att se det som skall

---

24 Rosengren 2002

finnas där att se. Processen är alltså i lika hög grad en fråga om att sålla bort det som betraktas som irrelevant som att organisera det erfarna på ett stilenligt sätt.

Patientfokuseringen i de tre enheter som berättat för oss har uppenbarligen växt fram just på det sätt som Fleck konstaterar. Man har i dessa enheter utvecklat ett tankekollektiv som förvärvat en tankestil som vi i denna rapport kallar ”patientfokusering”. Denna tankestil skiljer sig med naturnödvändighet från dem som utvecklats och vidmakthålls i andra tankekollektiv, både i andra vårdenheter och inom ledning, administration och politiska samtal.

Fleck påpekar att tankekollektiv utövar ett tanketvång. Också här var Fleck föregångare. Det tanketvång han pekar på har senare beskrivits mera utförligt av andra forskare i vår tid - exempelvis Mats Alvesson.<sup>25</sup>

Vi håller oss till Fleck. Fleck konstaterar att tanketvånget tar sig uttryck i att:

1. En motsägelse inom systemet tycks otänkbar
2. Det som inte passar in i systemet förblir osett, eller
3. förtigs även om det är känt, eller

---

25 Alvesson och Deetz 2000. En kort sammanfattning finns också i vår beskrivning av kunskapsabonnemanget 2003 (Wennberg 2002)

4. stora kraftansträngningar görs för att förklara det som icke motsägende
5. Trots alla skäl för en motsatt uppfattning ser, beskriver och avbildar man sakförhållanden som motsvarar de rådande föreställningarna, dvs de gängse föreställningarna och inte de kontroversiella sakförhållandena ges utrymme i diskursen.

När vi upptäcker en diskrepans mellan samtalen och berättelserna i våra fokusgrupper och de samtal och resonemang som framförs i massmedia, i forskningsrapporter eller i politiska analyser så visar denna diskrepans därför inte på något speciellt förtryck, dumhet eller bristande respekt för varandra. Det är också olämpligt att beskriva den som skillnader i värderingar eller ideologi.

Diskrepansen tycks istället bero på att man vistas i olika tankekollektiv och har blivit upplärda i olika tankestilar. Frågan är då förstås hur man skulle kunna åstadkomma att diskrepansen minskades och att olämpliga motsatsförhållanden löstes upp. Också här kan vi använda oss av Fleck.

Fleck konstaterar att vägen till att man från olika tankekollektiv och erfarenheter kommer fram till att något kan betraktas som ett gemensamt faktum eller en gemensam sanning är lång och slingrande. Han använder framväxten av förståelsen av sjukdomen syfilis som ett konkret exempel. Efter en lång redogörelse av hur syfilisbegreppet växt fram

från 1400-talet till hans egen tid konstaterar han att det inte är möjligt att legitimera existensen av syfilis på annat sätt än ur en historisk synpunkt.

Framväxten av syfilisbegreppet stammar enligt Fleck från ett antal uridéer och kunskapstrådar som tvinnats samman under århundradernas lopp. Några leder ut i tomma intet medan andra förenar sig, löses upp och ersätts av varandra till dess det blir tydligt hur man kan beskriva det tillstånd som kallas syfilis.

Framväxten är således enligt Fleck inte enbart en följd av konkreta experiment och observationer utan också en fråga om en språklig och symbolisk utveckling i och genom vilken de olika observationerna kunnat beskrivas. I vår tid är detta angreppssätt vedertagen forskning.

Karin Johannisson<sup>26</sup> har exempelvis på liknande sätt som Fleck beskrivit de olika tankestilar, trådar, ambitioner och föreställningar som slutligen lett till framväxten av diagnosen ”utbrändhet”. Denna ”sjukdom” existerar först när vi är överens om att det är en sjukdom genom att uppfatta, namnge och svara på de lidanden som beskrivs som en sjukdom.

Vi menar att också det arbetssätt och de resonemang som visar sig genom fokusgrupperna har växt fram i och genom de många samtal man fört på dessa enheter. Det vi kallat

---

26 Johannisson 2001;2003

patientfokusering är inget man lånat utifrån. Man kan snarare säga att denna tankestil ”blivit till” och så småningom blivit allmän egendom. Processen har stora likheter med framväxten av syfilisbegreppet. En mängd slingrande tankestigar växer fram för att mötas och ibland förenas. Vissa mynnar i intet medan andra får allt större relevans då allt fler beträder dem. Om man så vill kan man beskriva detta som en sant demokratisk process.

Vi har i denna rapport tagit på oss uppgiften att understödja denna process i sjukvårdssystemet genom att försöka klargöra hur fokusberättelserna hänger ihop med andra utvecklingsriktningar i samhället. Vi menar att det är en begreppslik resa som leder fram till det specifika som vi kallat ”patientorientering”.

Vår poäng är att en sådan precisering är möjlig eftersom det som beskrivs av fokusgrupperna inte är något nytt och tidigare ouppmärksammat. Det är tvärtom så att det man gjort på dessa enheter är samstämmigt med den utveckling som skett i samhället.

Man kan se deras resonemang som ett hologram. Varje enskild berättelse i sig innehåller också hela ”den stora berättelsen”. Vad man berättar kan således knytas till en stor mängd andra resonemang, forskningsresultat, modeller och tankemönster som vi känner igen.

Fleck konstaterar, på samma sätt som Popper senare gjorde, att vägen framåt i detta fall inte tycks vara att fastställa vad som är ”rätt” utan snarare att sålla bort det irrelevanta. Först när mer utvecklade och alltför allmänt hållna beskrivningar kan sållas bort blir det möjligt att ta sats in i en ny och avgörande riktning.





## *Om människans natur*

Övergången från en tankestil till en annan kan enligt Fleck knyts till byte av referenspunkt. Det är ett sådant byte av referenspunkt som Thomas Kuhn beskriver som ett paradigmskifte. Ett känt sådant skifte var förstuds när man övergav det geocentriska världssystemet (dvs att solen och planeterna rör sig kring jorden) för det heliocentriska (att det är jorden som rör sig kring solen).

Just nu pågår ett liknande skifte av referenspunkt inom statsvetenskapen och den politiska världen som kan knyts till utbredningen av det skrivna ordet, konsten att läsa och skriva samt möjligheten att ta del av massmedia och därmed uppfatta mänsklighetens utveckling i ett historiskt perspektiv.<sup>27</sup>

Denna förändring är ännu i sin linda. Många olika tanke-riktningar och traditioner brottas med varandra på grund av

---

27 Här skulle vi kunna räkna upp många författare. Den senaste och mest aktuella genomlysningen har gjorts av Rothstein (2003). Se också våra senaste rapporter FSA, Hane och Wennberg /2002), FSA oa (2003) samt Wennberg och Hane (2004).

den. Sannolikt kan de flesta existerande motsättningar och konflikter på något sätt knytas till denna utveckling. Den nya synen kan kortfattat sammanfattas i att människan är en aktör. Inom forskningen kallas detta för aktörsperspektivet.<sup>28</sup>

I vardagliga samtal konstaterar man helt enkelt att människan är en väljande och social varelse. Hennes handlande måste således av oss andra, även om hon inte själv alltid ser sig på detta sätt, uppfattas som en konsekvens av hennes val och inte av en yttre determinering. Hon gör därvid inte bara vad vi brukar kalla ”rationella val” utan agerar också utifrån sin sociala kontext. Hon får sin identitet i och identifierar sig med de sociala förhållanden hon lever i och skapar för sig.

Ofta presenteras ovanstående som ”en positiv människosyn”, ett ”teoretiskt perspektiv”, en av många olika ”värderingar” etc. Sådana påståenden leder in i en opraktisk kunskapsrelativism där allt kan vara sant och inget kan förkastas. Vi kommer därför i denna text att undvika denna typ av resonemang.

Beskrivningen av människan som aktör har istället växt fram på det sätt som Fleck anger. Den har inte bevisats av olika experiment utan den har formats ur samfälliga erfarenheter. Den har därmed blivit den för tillfället bäst verifierade beskrivning vi har av människans natur.

---

28 Arbnor och Bjelke 1994.

Den franska antropologen Emanuel Todd<sup>29</sup> gör med ekonomiska, demografiska, ekonomiska och sociologiska jämförelser det troligt att framväxten av aktörsbegreppet är knutet till utbredningen av förmågan läsa och skriva. Han menar att människan blir allt mer självmedveten genom förvärvandet av ordet och en symbolisk verklighet.

Som ett av många stöd för sina resonemang anger Todd att kvinnan just genom alfabetiseringen tar kontroll över sitt barnafödande. Antalet barn per kvinna visar sig således vara direkt korrelerat till alfabetiseringen. Denna är i sin tur direkt korrelerad till politiska, ekonomiska och andra förändringar i de länder där den ökar. Med denna bakgrund är alltså utvecklingen mot att människor ser sig som aktörer således omöjlig att hejda. Det är en irreversibel process.

Processen leder enligt Todd till en fortgående demokratisering av världen. Processen är emellertid inte smärtfri. Den åtföljs av kraftiga störningar när vedertagna maktförhållanden raseras och existerande tankestilar och tanketvång måste lösas upp. Den kantas av destruktiva krig och konflikter.

Människor och regeringar tycks enligt Todd i denna turbulens ha en tendens att distansera sig från de problem och konsekvenser som processen orsakar och svika de demokratiska och andra principer man själv hävdar.

---

29 Todd 2002

Vi menar att denna fortgående process också kan observeras hos oss och att den är en av grunderna till den diskrepans som finns mellan fokusberättelserna där man ser patienten som aktör och de övergripande analyser som sker på samhällsplanet där man negligerar denna insikt.

Om utvecklingen går mot att människor allt mer kommer att se sig som aktörer så kommer resonemang som förnekar detta att leda till frustration, aggressivitet, vanmakt, misstroende, uppgivenhet och hopplöshet. Tillfälliga sådana reaktioner kan naturligtvis inte undvikas. En bestående diskrepans leder emellertid till destruktiva skeenden. Sett utifrån den kunskapsprocess som Fleck refererar till är det således lämpligt att just nu sortera ut vissa resonemang som inte respekterar människan som aktör och förstärka andra som gör det.

### **Vad blir då ett faktum?**

Detta leder oss in i frågan om hur ett faktum blir till. Vi utgår då återigen från Flecks och Rosengrens resonemang.<sup>30</sup> De menar att även om det kan finnas en osäkerhet inför att det överhuvud finns en faktisk värld utanför våra föreställningar så har vi som människor och samfund lärt oss att arbeta med vad man kan kalla fakta eller faktum.

---

30 Fleck 1997 och Rosengren 2002

Resonemang som bygger på faktum har således för vårt samhälle en betydelsefull social funktion som inte kan undvaras. Faktum kan därvid definieras som något som framstår för oss som existerande oss förutan – dvs utanför oss, en verklighet.

En svensk kunskapsfilosof, Ingvar Johansson<sup>31</sup> har i en kunskaps sociologisk essä behandlat samma problem som Rosengren tar upp – nämligen hur man skall kunna hantera förhållandet att vi egentligen aldrig kan komma fram till hur verkligheten är beskaffad.

Hans svar är att när vi väl konstaterat att verklighetens sanna natur aldrig kan avslöjas så blir det också ointressant att ställa frågan om vad som är verklighetens sanna natur. Vad som istället är viktigt är att vi kan föra resonemang och göra analyser som blir så goda och realistiska som möjligt med hänsynstagande till att *vi alltid begränsas av vår subjektivitet*.

Johansson föreslår därför liksom Rosengren och Fleck att vi inte bör överge begreppet faktum. Vi bör bara ersätta ”sanning” med ”sanningslikhet”. Vi skulle då utan vidare kunna säga att vi tror att den egna teorin är sannare än de som för tillfället hålls för sanna men ändå acceptera tanken att framtiden i sitt sköte kan ha teorier som är ännu sannare.

---

31 Johansson 1996

Det är i detta perspektiv som vi anser oss kunna konstatera att aktörsbeskrivningen av människans natur måste uppfattas som ett faktum.

### **Fakta bygger upp vår symboliska värld**

Rosengren påpekar att fakta bygger upp världen. Om vi undviker att slå fast ett antal faktum så finns det inte längre någon grund för konstruktiva och välgrundade samtal över olika professioner och intressentgränser. Det är således inte ett faktum som sådant utan *själva framväxten* av ett faktum som gör det möjligt att förena och bryta tankestilar.

Den retoriska poängen med att ett faktum växer fram är att när något blivit ett faktum så måste det accepteras utan att ifrågasättas. Det blir en slags referenspunkt för samtalet kring vilken man så småningom kan enas. Fakta gör motstånd mot ”godtyckliga” resonemang och privata spekulationer.

När vi gått igenom de resonemang som motiverar den verksamhetsutveckling som bygger på metoder som Genombrott, Idealiserad Design etc.<sup>32</sup> så har vi funnit att de utgår från det aktörsperspektiv som vi känner väl igen i litteraturen. Med hjälp av de samtal som förs så bryter man därför sannolikt den existerande tankestilen.

---

32 Landstingsförbundet, 1998; 1999 , Löqvist oa 2002

Arbetet under de lärseminarier som ingår i exempelvis Genombrott och Ideal Design utgår också från samma princip som Johansson föreslår, nämligen att man i de samtal som sker skall utforska de anomalier (motsägelser och mot-exempel) som skapas genom olikheter i deltagarnas utsagor och uppfattningar och i de faktiska observationer som görs - framför allt med hänsyn till samarbetets natur.





## *Patientorienteringens framväxande faktum*

När vi försökt fånga djupet i de resonemang som förs på de arbetsplatser och i de sammanhang i arbetslivet där man lyckats förena god kvalitet, optimal resursanvändning med en god arbetsmiljö har vi funnit att man där använder en tankestil som bygger på några grundläggande faktum som har att göra med människan som autonom aktör.

Vi kommer i detta avsnitt att kortfatta försöka sammanställa dessa faktum så som vi tycker att de växt fram.

### **Faktum 1. Människan är en autonom varelse**

Människan är en autonom varelse i meningen att hon väljer att göra som hon gör. Vi som utifrån försöker förstå henne och ta ställning till varför hon gör som hon gör kan inte hemfalla åt föreställningen att hon är dominerad av inre impulser, är styrd av yttre krafter och är mekanisk eller förutsägbar. Allt vad hon gör är ytterst en konsekvens av hennes väljande.

Denna uppfattning om människans natur har lett till en ökad individualisering i samhället. När man blir ”medveten” om det faktum att man måste se sig som en väljande varelse leder detta till att man också inför sig själv måste stå till svars för sina val.

När medvetenheten väcks blir själva väljandet ett tvång som man inte kan undfly från. En aktör är således en väljande varelse som har en potential att bli medveten om sina val.<sup>33</sup>

## **Faktum 2. Människan är en social varelse**

Människan är inte en solitär - en ensamlevande varelse. Hennes tillvaro bestäms av det sociala sammanhanget. Den svenske socialpsykologen Johan Asplund<sup>34</sup> har ett dramatiskt sätt att uttrycka detta. Han konstaterar att vårt tänkande inte sker i vårt eget isolerade huvud utan mellan oss.

Man kan således enligt honom inte föreställa sig ett tänkande utan en motpart eller en grupp som man för dialog med. Allt vad vi tänker bygger på en ur det sociala sammanhanget inlärd referens. Tänkandet sker genom orden – dialogos – och orden skulle inte ha någon funktion om vi inte använde dem för att föra samtal med andra.

33 Ramirez 2001

34 Asplund 2003

Det faktum att det tänkande som man uppfattar som sitt eget i princip inte kan avskiljas från den diskurs som finns (diskurs = så som man samtalar i det samhälle i vilket man befinner sig) leder fram till att identitet och självkänsla blir beroende av de samtalsmönster som etableras.

Det är genom att medverka i olika samtal som man förmår förmedla sina uppfattningar, få gehör för sina önskningar och förstå det sammanhang man befinner sig i. Det är i samtalen man formar sin identitet.

I anslutning till detta påpekar Rothstein<sup>35</sup> att vi måste se det som ett faktum att handlandet inte främst bygger på vad som har varit utan på hur man ser den framtida situationen. Vad man väljer beror av hur man föreställer sig den framtida sociala kontext i vilken man skall medverka. Så som man i efterhand förklarar sina val beror också på hur man vill se sig själv, eller skulle vilja ha sett sig själv i en social kontext.

Ofta används begreppen intention (vilja) och handling (till skillnad från det faktiska görandet) som ett sätt att uttrycka detta förhållande. Man kan därför lägga till ytterligare en innebörd i begreppet ”aktör”, nämligen att människan är en intentionellt handlande och social varelse.

---

35 Rothstein 2003

### **Faktum 3. Kunskapen sitter i logos**

Människan föds in i logos (språket och språkandet). Logos är den sociala luft man andas. Peter Gärdenfors, professor i kognitionsvetenskap i Lund, påpekar att skillnaden mellan oss och andra primater och sociala djur är att vi människor har ett språk<sup>36</sup>. Mycket tyder enligt honom på att det är språket och språkandet som håller samhället samman och som är bryggan mellan olika generationer.

Rosengren<sup>37</sup> går ett steg längre och konstaterar att man på grund av detta faktum måste förkasta den antika tanken att kunskap är liktydig med en direkt insikt om hur världen är beskaffad. Vi styrs av språket och kan därför aldrig fastställa några eviga och absoluta sanningar.

Kunskap måste uppfattas som en social konstruktion med begränsad livslängd och som hjälper oss att förstå och forma vår värld. Konstruktionerna finns utanför oss i och genom de texter, de samtal, de presentationer, de berättelser och andra framställningar som görs av oss människor.

De existerar således inte i sig själva på samma sätt som naturen kring oss. De blir till genom att de används. Därmed blir de samtal som förs i samhället och i arbetslivet av fundamental betydelse för vår förmåga att orientera oss i tillvaron.

36 Gärdenfors 2000

37 Rosengren 2002

Det faktum att kunskap måste ses i ljuset av kommunikativa processer leder till att kunskapsbegreppet måste utvidgas till att också omfatta en mängd andra områden som tidigare uteslutits från det vi vant oss vid att kalla kunskap, exempelvis estetik, moral- och etikfrågor, fiktioner etc.

Vi kan därmed lägga ytterligare en innebörd i begreppet aktör nämligen att människan är en meningsskapande, medveten, kunskapsbildande, intentionell, ansvarig och social varelse.

#### **Faktum 4. Människans handlande är mångfunktionellt.**

Rothstein<sup>38</sup> påpekar att resonemang och teorier ofta bygger på en förälskelse i en enda förklaringsvariabel exempelvis sociala klasser, könstillhörighet, egenintresse, etnicitet, institutionella förhållanden etc. som man använder för att genomgående förklara allt man ser och hör. Kanske är detta en effekt av medias snuttifiering där man snabbt måste få fram ett budskap.

I många samtal reduceras således analysen av människors handlande till endast en aspekt som framhävs framför de andra. En sådan ”antingen-eller” princip är oförenlig med människans natur. Handlingar måste alltid ses som en

---

38 Rothstein 2003

helhet. Sociala skeenden är alltid mångskiftande och komplexa. Det mänskliga handlandet leder till en mängd samtidigt uppträdande konsekvenser. Alla kan uppfattas som meningsfulla i den egna inre världen.

De inkonsekvenser som omvärlden tycker sig uppfatta behöver på inget sätt motsvara några inkonsekvenser utifrån personens egen bild av sig själv och världen. Motsatsen gäller förstås också, nämligen att människor kan leva med svåra inre oförenligheter mellan ambitioner och mål som andra inte uppfattar som någon motsättning över huvud.

Handlandet sker alltid i ett sammanhang. Människan har därvid alltid en bristfällig föreställning om sig själv och sin omvärld och handlandets konsekvenser. Denna kan förbättras med språkets hjälp och genom samtal och dialog men den kan aldrig bli fullständig.

Därför är människans möjlighet att förklara sig inför omvärlden ofta bristfällig. Vad man själv beskriver som motiv för vad man gör och vad andra uppfattar att man faktiskt gör blir därför alltid skilda från varandra. Även personen själv kan i många fall uppfatta denna diskrepans när denne ser sitt handlande retrospektivt.

En viktig konsekvens av detta faktum är att man inte kan ta människors utsagor om sitt beteende, eller den egna tolkningen av detta, för givna. Man kan emellertid komma allt närmare genom att tillsammans med de som berörs utforska

och förstå vad de faktiskt har velat uttrycka med vad de säger och gör. Att på detta sätt utveckla vår gemensamma förmåga att mera precist och tillsammans med andra framställa hur vi föreställer oss vårt handlande och vår värld verkar vara en av de viktigaste funktionerna för de lärseminarier som används bland annat för verksamhetsutveckling.

Till aktörbegreppet kan således läggas ytterligare en dimension nämligen att människan utvecklas och blir mera ”hel” genom språket, dvs genom sin dialog med andra. Det rör sig då inte om vilka dialoger eller samtal som helst. För att sådana helande dialoger skall uppstå verkar det krävas ett stort mått av socialt kapital, dvs. social tillit,<sup>39</sup>

Detta talar för att samhällen, verksamheter och förhållanden där det sociala kapitalet är litet också leder till en begränsning och en insnävning av människors möjligheter att utvecklas.

---

39 Rothstein 2003





## *Om Gemeinschaft och Gesellschaft*

Den människosyn vi här presenterat kan numera knappast kallas kontroversiell. Det framställs heller aldrig några protester mot dess huvuddrag. Vissa aspekter kan ifrågasättas som exempelvis språkets roll och medvetandets och kunskapens natur. Både i forskarsammanhang och i vardagliga samtal möter vi emellertid en ganska enstämig uppfattning om att dessa påståenden nog måste betraktas som faktum för vår tid.

Det finns också, åtminstone i Sverige, en enstämig uppfattning att det är viktigt att respektera denna människosyn i samspelet människor emellan. Denna uppfattning har legat till grund för en mängd reformer, arbetsorganisatoriska försök och samhällsinsatser under senare år. I praktiken innebär detta att man i de offentliga samtalen, åtminstone i sin retorik, starkt ifrågasätter hierarkiska strategier, hävdar behovet av att ersätta regel- och direktstyrning med mål- och uppdragsstyrning och talar varmt för medskapande och delaktighet snarare än lydnad och disciplin.

Av retoriken framgår också att vi försöker närma oss ett mer jämställt arbetsliv och frångå det som kallas kränkande särbehandling. Vi säger oss värna om människors rättigheter att leva sitt eget liv och fatta egna beslut. Många ifrågasätter därför starkt värdet av förödmjukande och våldsamma åtgärder för att garantera efterlevandet av olika normer och föreskrifter. Vår allmänna uppfattning om detta skiljer sig därvid från uppfattningen i mer auktoritära kulturer.

Denna ”svenska” människosyn ligger också till grund för vår utbildning och vår syn på personer som är beroende av samhällets tjänster. Patienter skall exempelvis bemötas med respekt och värdighet. De skall ges möjlighet att välja sin behandling. De skall få likvärdig vård och därför genom olika lagar och bestämmelser garanteras rätt till olika vårdinsatser.

## **Hur skapar man en tulipanaros<sup>40</sup>**

Problemen med denna retorik ligger inte på det principiella utan på det praktiska planet. Det är numera oklart hur denna i ett internationellt perspektiv unika och djupgående humanistiska syn skall kunna förenas med de ekonomiska

---

40 Att måla en tulipanaros sägs vara den uppgift en målarmästare på skoj kunde ge sina nya lärningar - alltså en uppgift som till synes går att lösa men som till sist visar sig vara omöjlig.

och andra begränsningar som faktiskt finns. När vi konstaterar att man i de enheter där vi genomfört fokusgrupper klarat av att finna arbetsformer som är kongruenta med denna grundläggande syn på människan och ändå kan vidmakthålla en hög tillgänglighet, en hög kvalitet och ett gott resursutnyttjande så är detta därför anmärkningsvärt.

I den allmänna debatten framställs ofta sådana arbetsformer som undantag som inte kan gälla alla. Man har haft speciella förutsättningar och om det man gjort skall kunna överföras till systemet i sin helhet måste detta ta lång tid. De som för sådana resonemang har inte förstått poängen med att den människosyn vi här presenterat måste betraktas som ett faktum. Den är inget man kan välja bort. Man kan därför inte bortse från den i sina analyser och samtal. Det vore som att formulera påståenden som bygger på att stenar faller uppåt eller att jorden inte rör sig runt solen.

### **När välfärdsstaten kommer i otakt<sup>41</sup>**

Om det faktum som människosynen representerar inte integreras i samtal om arbetslivets villkor blir dessa missvisande. De åtgärder som genomförs på grund av sådana

---

41 Rubriken har hämtats från titeln på en aktuell bok (Pierre och Rothstein red 2003) som innehåller ett antal essäer som illustrerar det förhållandet att dagens politik får oväntade och oönskade effekter.

samtal kan då leda till konsekvenser man inte kan förutse och heller inte önskar. Sådana anmärkningsvärda skillnader mellan vad man säger sig vilja uppnå i politiken och vad man faktiskt uppnår har också nyligen påvisats.

Det är således inget fel på viljan eller moralen, snarare tvärtom. Sverige har och har haft stora politiska ambitioner på detta område. Vi har ansett oss vara duktiga på att skapa ett samhälle med arbetsvillkor som respekterar jämställdhet och människors rättigheter. Att upptäcka att det finns en stor diskrepans mellan hur vi menar att det borde vara och hur det faktiskt fungerar är sannolikt just för oss särskilt smärtsamt.

Detta kan förklara den eländesbild som numera sprids om arbetslivet och sjukvården i synnerhet av forskare och media. Illusionerna om vår egen förträfflighet har brutit. Smärtan blir värre snarare än bättre av att det trots allt finns goda exempel på att man kan lyckas. Det hade kanske för en del varit bättre om sådana exempel inte funnits så att ambitionerna kunde ges upp och förklaras vara utopiska och omöjliga att förverkliga. Detta är förstås inte alls nödvändigt.

Vad som hänt är att man i arbetslivet alltmer övergett fasta strukturer och bestämda organisatoriska modeller.<sup>42</sup> Arbetsorganisationer har istället mer och mer börjat ses som ständigt pågående förändrings- och utvecklingsprocesser.

---

42 Brulin och Ekstedt 2003

Detta innebär att möjligheterna att knyta samarbetet och medarbetarskapet till fasta regler, scheman och etablerade normsystem faller bort. Detta befrämjar den enskildes frihet och är i många avseenden kongruent med den nya människosynen.

Frågan har varit hur den samverkan som ändå krävs skall kunna etableras under dessa nya förhållanden. Ett sätt att göra detta har varit att bilda särskilda mötesplatser där man genom samtal och dialog kan synliggöra olika dilemman och låta nya handlingsmönster växa fram. Vi menar att det därför kan vara värt att uppmärksamma det förhållandet att man i och genom samtal i den ”lilla världen” har lyckats med något som den övergripande politiken och i ”den stora världen” ännu inte klarat av.

Ett sätt att förstå detta förhållande, och på sikt kanske komma till rätta med det, är att använda sig av ett begreppspar som noggrant analyserats av Johan Asplund<sup>43</sup> – nämligen Gemeinschaft och Gesellschaft. Också hans analys har långa historiska rötter och en liknande uppdelning har föreslagits av många forskare både före och efter honom.

---

43 Dessa två begrepp Gemeinschaft och Gesellschaft stadsfästes av Ferdinand Tönnies en tysk sociolog redan 1887. Asplund (1991) uppehåller sig länge vid frågan om termerna är översättbara eller inte. Han ger en mycket intressant och belysande beskrivning av detta problem som dock inte passar in här. Vi har därför valt att behålla de tyska termerna och hoppas att läsaren trots allt skall förstå andemeningen.

Vi skall här inte förlora oss i detta. För vårt ändamål duger Asplunds formulering utmärkt. Med en förenklad bild kan man säga att Gemeinschaft står för nära relationer som bygger på bekantskap och släktskap medan Gesellschaft står för relationer som bygger på medborgarskap.

I arbetslivets nära lilla värld har man genom att skapa mötesplatser, arenor och samtalstillfällen på tvärs över olika yrkes- och tidigare organisationsgränser förstärkt sitt Gemeinschaft. Detta har också varit fallet i de verksamheter från vilka vi hämtat våra fokusberättelser.

Möten ansikte mot ansikte om aktuella och för deltagarna gemensamma frågor har man lyckats få att fungera väl genom att respektera den människosyn vi redovisat. Ofta har sådana samtal stötts av konsulter och handledare som velat befrämja att en sådan människosyn vuxit sig stark.

Därmed har lokala lösningar etablerats som är kongruenta med denna människosyn. Det är sedan dessa nära relationer och de kontrakt som växt fram på det personliga planet som skapat stabilitet och effektivitet. Det är det faktum att de byggt på den människosyn vi redovisat som också lett fram till en god arbetsmiljö.

Det har inte varit svårt för oss att förstå att samma processer och mekanismer som vi funnit i en mängd andra utvecklingsaktiviteter också förekommit i de enheter från vilka vi hämtat fokusberättelserna. Det är heller inte svårt att förstå att

”otakten” handlar om att dessa erfarenheter inte ännu integrerats i samtalen om Gesellschaft.

### **Gesellschaftslösningarna inte självklara**

När man flyttar sig ut i det större systemet blir sådana nära sociala och psykologiska kontrakt som byggts upp mellan medlemmarna inte längre möjliga. Vissa sådana bindningar kan till och med uppfattas vara skadliga och oönskade. De kan exempelvis misstänkas leda till vänskapskorruption och oönskade lösningar.

Den sociala kontroll och tillit som stabiliserar systemet är också svår att upprätthålla mellan människor som inte har ett direkt beroende av varandra och som bara har sporadisk kontakt med varandra. Man måste därför försöka förstå hur denna nya människosyn också ter sig i ett större perspektiv.

Gesellschaft bygger inte på nära personliga kontrakt. Gesellschaft formas enligt Asplund av relationer som måste gälla mellan medborgare eller medlemmar i en sammanslutning oberoende av speciell bekantskap och vänskapsband. Det är också denna dimension vi möter den politiska verkligheten. Det är i detta perspektiv vi måste se kraven på jämställdhet och på att inte utsättas för kränkande särbehandling.

Asplund påpekar emellertid också att Gemeinschaft och Gesellschaft måste se som en fixeringsbild. När man ser på



samhället eller på en verksamhet kan man se den antingen som ett Gemeinschaft eller ett Gesellschaft. För att få en fullständig bild *måste man kunna se bägge aspekterna samtidigt*. Dagens samtal och analyser visar på en kraftig inkongruens mellan dessa bilder. De samtal och analyser som görs i perspektivet Gesellschaft verkar inte kunna omsättas i ett Gemeinschaft och tvärtom.

Det är som om det pågår två parallella samtal vilka aldrig möts. Det är till och med värre än så. Argumenten blandas ihop så att det nästan blir omöjligt att reda i dem. Att bli väl bemött som patient är inte samma sak som att man ges möjlighet att hävda sin rätt som medborgare.

Att se sig som medborgare i Sverige och värna om vårt sjukvårdssystemets legitimitet och därvid respektera andras rätt till en rimlig behandling är inte samma sak som att som kund alltid kräva att få de egna behoven tillfredsställda.

## *Om den professionelle aktören*

Tanken på att *Gemeinschaft* och *Gesellschaft* måste uppfattas som en fixeringsbild är utmanande. Skillnaden uppfattas ofta som något oförenligt. Många hänvisar till Habermas<sup>44</sup> och skiljer mellan livsvärlden och systemvärlden. Livsvärlden är den värld i vilken vi har våra sociala relationer, arbetar, har familj och vänner. Systemvärlden består av anonyma och sakliga relationer. I systemvärlden härskar det instrumentella förnuftet. Systemvärlden är en objektiv och närmast maskinmässig konstruktion som följer sina egna regler. Systemvärlden uppfattas därför närmast definitionsmässigt existera oberoende av människan.

Återvänder vi till Flecks resonemang om tanketvång så blir denna skillnad inte så kategorisk. Den kan då ses som en skillnad i språkliga termer snarare än i termer av något som antingen finns i vårt huvud eller i världen omkring oss.

---

44 Jürgen Habermas är en tysk filosof född 1929 som tillhör den så kallade Frankfurtskolan. Habermas hävdar att systemvärlden allt mer koloniserar livsvärlden (Månsson 1995, s 314).

Vi behöver inte se diskrepansen som en skillnad mellan två olika "världar" utan om två olika språkliga uttryck för samma värld. Vi kan enligt Asplund välja att tala om vårt beroende av varandra antingen genom ett språk som ansluter till Gemeinschaft eller genom ett språk som ansluter till Gesellschaft.

### Vad är en aktör?

För att finna det språkliga uttrycket för aktörer i ett Gesellschaft vänder vi oss till en forskare vid tema kommunikation vid Linköpings Universitet, Göran Goldkuhl.<sup>45</sup> Han börjar sin analys med något som per definition inte är en människa. Han börjar med en dator.

Han konstaterar att datorer kan utföra handlingar som är människolika. Maskiner kan lära sig spela spel – exempelvis schack. Man kan via interaktiva frågeprogram på internet föra en konversation med en maskin, ställa frågor och få intelligentare svar.

Man kan inte för den skull kalla maskinen en aktör. Väljer man en sådan språkdräkt blir det mänskliga handlandet anonymiserat och osynligt. Den avgörande frågan är att en dator inte kan tänkas ta något ansvar för vad den gör. Maskinen är ett *instrument* för en aktör, inte en aktör i sig.

---

45 Goldkuhl 1998

Goldkuhl övergår sedan till att resonera om vad organisationer egentligen är. Han har observerat att man i företagsekonomisk forskning använder begreppet aktörer. Man menar med detta företag och institutioner som agerar på en marknad.

Även om man kan säga att företag har ett ansvar så är detta ansvar inte av samma natur som det som kan tillskrivas en mänsklig aktör. Också med denna användning av aktörsbegreppet blir den mänskliga aktören osynliggjord. Ett sådant språkbruk lurar oss att tro att företagen på något sätt är något annat än de människor som verkar i dem.

Liknande problem finns med begrepp som ”inflationen”, ”arbetslösheten”, demokratin”, vårdgarantin etc. som ges en förment självständighet gentemot det mänskliga handlande som egentligen är grunden för deras existens.

### **Att överge bilden av sig själv som ”offer”**

En Tayloristiskt organiserad verksamhet så som forna dagars produktionstekniker ”konstruerade den” kunde ses som en maskin. Människan i dessa konstruktioner sågs som den maskindel som ännu inte var konstruerad. Hon tvingades in i det mekaniska systemet som en kugge.

Hon kunde därför inte se sig själv som annat än utförare. Allt vad som skulle utföras och när det skulle utföras var

förplanerat. Organisering och planering var ett sätt att fastställa de körschemor som människor förväntades agera efter. Delaktighet kunde bara uppnås genom att man fick medbestämmande över organisationen som sådan. Det blev naturligt att en organisation uppfattades som ett instrument för en eller flera aktörer på samma sätt som en maskin.

Dessa resonemang ledde emellertid till att människorna i organisationen inte tilldelades ett eget ansvar för sitt handlande. Detta blev ett problem i den reformering av arbetslivet som man strävade efter att åstadkomma från sjuttio-talet och framåt. För att åstadkomma en aktiv medverkan i förändringsarbeten måste denna människosyn brytas. Om detta var alla ense.

Poängen är att ingen egentligen bara är en kugge. Denna föreställning är en mental konstruktion. Man har gjort sig själv till en kugge. Det är denna förändrade syn på sig själv som sedan länge slagit igenom. Man kan då inte längre påstå att den verkliga aktören är arbetsgivaren eller den som ”driver” organisationen. Här möter vi samtalens verkliga dilemma.

Personer som skaffat sig stor makt i och över systemet beskriver sig ofta själva som marionetter och fångade just i det system som förser dem med makt. Även Göran Persson, trots att han säkert är den svenske statsminister som har haft störst personlig makt, beskrivs av och till som fånge i systemet.

Det är därför inte underligt om tankefiguren om den oåtkomliga och opåverkbara systemvärlden kan vidmakthållas. Samtidigt måste vi konstatera att denna typ av resonemang är oförenliga med den människosyn vi här redovisat. Denna berättelse måste därför lämna plats för en annan. Vi är alla aktörer som måste ta ansvar för våra val. Detta betyder emellertid inte att vi kan göra vad som helst eller skulle vara immuna mot organisationens och systemets påverkan.

### **Den autonoma aktören**

Autonomi betyder inte självständighet in absurdum. Vi måste acceptera att verksamheter i många fall kan vara maskinlika och att direktiv, struktur, normer, organisering och planer i dessa verksamheter har stort inflytande på det enskilda handlandet. Den kritiska frågan blir därför i vilken egenskap vi låter oss påverkas av dessa förhållanden.

Det är här som begreppet Gesellschaft får en mening. Det är skillnad om vi och andra uppfattar oss som medborgare i ett Gesellschaft eller om vi ställer oss utanför det. Som medborgare i ett Gesellschaft har vi rättigheter och skyldigheter. Dessa är av en annan karaktär än de nära sociala och psykologiska förpliktelser vi känner i ett Gemeinschaft.

Även i situationer där vi inte är beroende av andra – exempelvis på besök i främmande land – kommer vi av dem vi

besöker att ses som svenskar. Vi har inget annat val än att godtaga denna identifikation. Den är en följd av vårt medborgarskap snarare än vår relation till svenskar i allmänhet.

Vi skulle kunna avsäga oss vårt medborgarskap. Vi skulle då stå fria men vi skulle då också vara skyddslösa eftersom vi inte kan hänvisa till de rättigheter som tillkommer en svensk medborgare. För att behålla våra rättigheter måste vi hedra våra skyldigheter. Som medborgare är vi exempelvis tvingade att respektera andra medborgare som de medborgare de är oberoende av vilka andra relationer vi kan ha till dem. Som icke medborgare är vi befriade från det.

Vi är inte bundna vid att obetingat följa regler och normer i ett Gesellschaft. Vi har ett val. Men vi måste förhålla oss till dem. Vi måste ibland till och med ta ställning till vårt medborgarskap. Kanske skall vi gå ur en organisation vars åtaganden vi inte anser oss kunna följa eller som vi inte vill bli identifierade med. Att förhålla sig självständigt till ett Gesellschaft brukar benämnas med ordet autonomi.<sup>46</sup>

---

46 Autonomi kan ses som ett medborgarideal där autonomi innebär att medborgarna lyder under lagar de själva stiftat. Den bokstavliga betydelsen är närmast självbestämmande. Ordet har grekiskt ursprung och är sammansatt av två led, autos (själv) och nomos (norm, regel eller lag). Med framväxten av aktörssynen tvingas man delvis revidera denna beskrivning och istället se autonomi som människans förmåga att förhålla sig självständigt till sitt medborgarskap. En fördjupning av ämnet finns i Wennberg och Hane (2003).

## Från aktör till agent

Låt oss sammanfatta. Organisationer skiljer sig således från abstrakta och maskinlika konstruktioner genom att de omfattar människor som bildar ett Gesellschaft. Det är medborgarskapet i detta Gesellschaft som begränsar våra handlingsmöjligheter.

Det är därmed rimligt att förvänta sig att organisationens struktur, normer, regelsystem och föreställningsvärld formar människors handlande. Medlemmarna kan inte enbart handla egenmäktigt. De är bundna av att också handla i organisationens namn. Därför kan organiseringen – och alla de som ansvarar för den – ställas till svars för de konsekvenser som uppstår på grund av hela verksamhetens handlande. De som verkar i organisationen har ett kollektivt ansvar för att det blir som det blir när man gör som man gör.

Det är detta kollektiva ansvar som måste ges ett begrepp som är i överensstämmelse med den människosyn vi tidigare redogjort för. En möjlighet som Goldkuhl anvisar är att använda begreppet *agent*. När man som aktör väljer att inordna sig i och anpassa sig till den överordnade struktur, normer eller handlingsmönster som en viss organisering erbjuder så väljer man att vara agent för organisationen.

Agent är man således när man säger sig handla i organisationens intresse – vid sidan av eller framför sitt eget. Agent är man också när man hänvisar till att det egna handlandet



legitimeras av en position i organisationen eller det sociala systemet.

När en patient besöker en läkare så skiljer sig därför en sådan konsultation från när samma person frågar en släkting eller en vän till råds. Läkaren förlänas både av organisationen och av sin profession en legitimitet som är en följd av det Gesellschaft läkaren är medlem i.

Denna legitimitet är något annat än det förtroende man privat kan visa en person. Den legitimitet som upparbetas i ett Gesellschaft är därför av utomordentligt stor betydelse för att effektivisera kontakterna människor emellan. De två fenomenen är emellertid beroende av varandra. De är en fixeringsbild. Legitimiteten blir värdelös utan förekomsten av ett personligt förtroende. Ett personligt förtroende har ingen betydelse om det inte kombineras med en legitimitet.

### **Också relationerna i Gesellschaft bygger på tillit**

Som agent för en organisation måste man därför se sig som ansvarig för att vidmakthålla och förstärka tilliten för den och för legitimiteten hos dess befattningshavare. Om man inte gör det förlorar man själv nyttan av att tillhöra det Gesellschaft det handlar om. Som medlem i ett Gesellschaft påtar man sig därför ansvaret för att inte bara göra egna självständiga bedömningar utan också att i sitt handlande förverkliga

den kunskap och kompetens som finns inbäddad i det Gesellschaft man tillhör.

Framväxten av den människosyn vi redogjort för innebär att man numera kan ställas till svars för hur väl man lyckas med att förena dessa båda perspektiv. Detta innebär en dramatisk skillnad i uppfattning mellan vårt samhälle och det gamla industrisamhället och mellan tjänsteproduktion och industriell produktion.

I en industriell produktion hade arbetaren anledning att se sig ansvarig enbart för vad denne medverkade till i termer av ett fysiskt resultat. I en tjänsteproduktion måste den som utför tjänsten också se sig som agent för det större system man verkar i.

## **Om agenter och institutioner**

Institutioner kan sägas vara förstelnade organisatoriska former.<sup>47</sup> De har funnits så länge och blivit så integrerade i samhällslivet att de tas för givna. Ett viktigt skäl till detta är att de befolkas av personer som genom dem får sin identitet och sin försörjning. Institutionerna kan emellertid åldras och förlora sin mening. Därmed förlorar också handlandet i dem sin mening. Medarbetarna förmår inte vara goda agen-

---

47 Sjöstrand 1999

ter. De kan komma att styras av ovidkommande och perifera målsättningar och ambitioner eller av en strävan att vidmakthålla sin position.

Detta skapar ett allvarligt samhällsproblem eftersom institutioner som inte gör vad de förväntas göra inte kan förbigås av medborgare, andra institutioner eller deras egna anställda. De fyller en position som i allmänhet inte kan fyllas av någon annan.

Diskussionen om privat eller offentlig vård kan sägas illustrera denna konflikt. Den ena sidans argument är att privat vård aldrig kan uppfylla det samhällskontrakt som måste finnas. Den andra sidans argument är att offentlig vård aldrig kan bedrivas så flexibelt och patientnära som en privat vård. Sett ur ett Gesellschaftsperspektiv är det således skillnad på en offentlig och av alla medborgare finansierad och understödd institution och en privat institution som bara stöds av dem som av olika skäl använder eller drar nytta av den.

Är sjukvården en medborgarinstitution så är både vårdgivare och patienter agenter för det samhälle de är bundna till. Man måste i sina mellanhavanden kunna räkna med att man i allmänhet respekterar detta faktum.

Är sjukvården däremot en privat institution är det bara de anställda som är agenter. De har bara ansvar för den egna institutionens fortbestånd och för bevarandet av de normer

som gäller inom den. Institutionens kunder är inte medborgare och har därför ingen annan rätt än att få vad just de betalt för.

Skulle det i en offentlig institution uppstå en uppfattning att vårdgivare inte är att lita på, att de fuskar med behandlingen, att de styrs av för patienten ovidkommande lojaliteter eller söker lura och manipulera denne så får detta allvarliga konsekvenser för samhället i sin helhet. Detta är inte lika kritiskt om det skulle gälla en privat institution. Denna kan bestämma sig för att begränsa sitt utbud och avstå från vissa kunder. Missnöjda kunder kan å andra sidan vända sig till andra institutioner som agerar på ett för dem mer tillfredsställande sätt.

Det är således en avgörande skillnad mellan institutioner som fungerar medborgarnära och sådana som fungerar kundnära. Medborgarnära institutioner får sitt berättigande genom att de ingrepp och avgöranden som görs uppfattas som något som görs "för det allmännas bästa". Även de som anlitar sådana institutioner omfattas av detta ansvar. De agerar inte främst för egen eller annans vinning.

Kundnära institutioner får istället sitt berättigande genom den service de ger sina kunder. De är främst beroende av kundernas stöd för verksamheten. Kunderna behöver inte visa någon lojalitet mot andra kunder. De förväntas och tillåts agera egennyttigt.

Medborgarnära institutioner är sådana som värnar om den allmänna rösträtten, yttrandefriheten, organiseringsfriheten etc. och rättsliga institutioner som exempelvis domstols- och polisväsendet. Fokusgruppernas berättelser lyfter frågan om inte också en mängd andra offentliga verksamheter, som exempelvis sjukvården, bör föras till samma kategori.

Ett viktigt argument för att sjukvården måste vara en sådan medborgarnära institution är att vi som medborgare skall kunna känna förtröstan för att vi – även om vi råkar bli gamla och fattiga och hamna på obestånd – kan få del av den vård vi behöver.

Detta handlar inte om att ”samhället” som någon diffus makt skulle kunna garantera detta. Det handlar om huruvida de personer som engagerar sig i den institution det är fråga om, och alla de andra som nyttjar den, kan se sig som agenter för ett system som syftar till att åstadkomma just detta.

Medborgartanken bygger på att alla åtar sig att värna om det allmänna intresset och se till att de prioriteringar som görs inte bara befrämjar ett egenintresse hos dem själva eller hos dem de betjänar. De agenter som verkar i ett sådant system måste således styras av en medvetenhet av hur befintliga och begränsade resurser bäst kan användas för alla som ingår i systemet. Detta leder in på en diskussion om det vi kallat den professionelle aktören.

## **Om den professionelle aktören**

Det var länge sedan den huvudsakliga vården i samhället kunde bedrivas av familjeläkaren. Oberoende av vilka ideologiska funderingar man kan ha om offentliga lösningar eller marknadslösningar måste man acceptera att en god vård förutsätter ett komplext system av en mängd olika aktörer som måste samverka kring patienten. Detta påståande gäller även för relativt enkla åkommor som snabbt kan behandlas.

Varken vårdgivare eller patient kan undandra sig sitt beroende av ett Gesellschaft. Detta måste i detta sammanhang huvudsakligen betraktas som en professionell sammanslutning. Detta betyder att vi som betjänas av systemet är beroende av att kunna lita på att de beslut som fattas görs med vårt bästa för ögonen och inte utifrån argument och ambitioner som är oss främmande. Vi kan därför inte klara oss utan att systemets aktörer tar sitt professionella ansvar.

Detta är en komplicerad situation. Vi måste lita på att en mängd olika tjänster som utförs av ett stort antal för oss totalt obekanta människor fungerar väl. Det är omöjligt för oss att gå in i alla detaljer och kontrollera alla moment. Vi måste räkna med att alla förstår vad som krävs av dem och att de ser sig som ansvariga representanter för den verksamhet de medverkar i.

Om de bara skulle se sig som utförare och negligera vår säkerhet och våra förväntningar löper vi en stor risk. De måste

således vara professionella aktörer vare sig de är vårdbiträden på ett ålderdomshem, kontrollanter på sjöfartsverket eller verkställande direktörer för våra försäkringsbolag.

Problemet är emellertid att vi vet att de också måste anpassa sig till den institution i vilken de verkar. De måste vara lojala mot dess normer, regler, rutiner och verksamhetskrav. Om verksamheten är ordnad så att de inte kan uppfylla sina egna och andras förväntningar på sig som professionella aktörer så hamnar de i ett moraliskt dilemma. Vi som patienter kan drabbas av oönskade konsekvenser.

Vi förstår av fokusberättelserna att organisatoriska och institutionella förhållanden mycket väl kan gå på tvärs mot vad man i dessa verksamheter uppfattar som hedervärt och riktigt med utgångspunkt från den professionelle aktör man vill vara.

Det är också uppenbart att man i dessa verksamheter trots sin excellens kan bli olämpligt bedömd och orättmätigt anklagad genom att människor i omvärlden missuppfattar eller missförstår de professionella kraven. Konflikter kan uppstå gentemot andra professioner genom att de från sitt håll anser att de åtgärder man vidtar inte uppfyller kraven på en lojal anpassning till spelets regler.

Omvandlingen mot det professionella samhället leder således till nya och andra krav på hur ett Gesellschaft måste ordnas om man vill knyta samman kraven på tillgänglig-

het, bra resursutnyttjande och god arbetsmiljö. Det handlar sannolikt inte om att förkasta det gamla och göra revolution eller bryta ner vad som redan skapats. Det handlar snarare om en precisering och kondensering genom vilken föråldrade resonemang och föreställningar blockeras och tvingas ge plats åt nya. Vi hoppas att fokusberättelserna och denna rapport skall kunna bidra till denna process.





## *Om den allmänna meningen*

Som vi tidigare konstaterat så kan samtal i ett tankekollektiv inte föras godtyckligt. Vilka spekulationer som helst kommer inte att få gehör. Resonemangen måste vara stilenliga. Förutsättningen för att komma till tals inom ett kollektiv är därför att man i samtalet tar hänsyn till vad som inom kollektivet uppfattas som eller under samtalets gång preciseras som fakta.

Vill man medverka i olika tankekollektiv är det därför viktigt att uppmärksamma att olika kollektiv opererar med olika typer av fakta. Ett exempel på ett faktum inom det politiska tankekollektivet – dvs. det kollektiv vi här intresserar oss mest för eftersom det knyter till Gesellschaft – är det man kan kalla ”sensus communis” – den gemensamma uppfattningen eller ”common sense”.<sup>48</sup> Det politiska agerandet i en demokrati strävar efter att anpassa sig till och uttrycka denna sensus communis.

---

48 Gustavsson 2001

## Det politiska vårdssamtalet<sup>49</sup>

Sensus communis blir därmed en slags gemensam referensram för verksamheter som är medborgarnära. Man behöver inte underkasta sig denna referensram och tycka som alla andra. Då den uttrycks vara den ”allmänna meningen” måste man dock alltid på något sätt förhålla sig till denna. Man kan dela den, ställa sig kritisk till den eller modifiera den, men man kan inte vara neutral gentemot den.

Denna gemensamma referens kan inte på förhand bestämmas. Den blir vad den blir. Den växer fram ur de samtal som förs i samhället och inom de grupper det är fråga om. Exempel på detta samtal har vi lämnat i början av rapporten. Det drivs fram av massmedia, av ledarskribenter, av politikerna själva och andra intressegrupper.

Det kommer därmed att dominera även de diskussioner som förs i de lokala sammanhangen. Man är emellertid inte ett offer för denna diskurs. Den kan påverkas genom att man deltar i samtalet, formulerar och knyter den till olika faktum och därmed gör den mer eller mindre realistisk och konstruktiv.

---

49 Vi använder här inte ordet politik i meningen partipolitik utan snarare som en benämning på formandet av åsikter och meningar i ett Gesellschaft. Resonemangen är således tillämpliga även för samtal inom en begränsad krets människor som inom ett landsting, inom ett sjukhusområde eller till och med inom en enskild klinik.

## **Vad är ett politiskt faktum?**

Sensus communis – hur denna än uttrycks vid en viss tid – blir också på sitt sätt ett politiskt faktum. Även om man anser att resonemangen som pågår i samhället är olämpliga kan de vid tidpunkten ifråga inte vara annorlunda än de är. Detta måste alla ta hänsyn till. En politisk ambition kan inte förverkligas bara för att man tror sig om att ”ha rätt” eller kan referera till någon typ av ”bevis”. En viktig förutsättning för att en politisk ambition skall kunna förverkligas är också att det man föreslår understöds av sensus communis.

Den politiska skickligheten tycks i detta fall ligga nära den skicklighet som goda musikproducenter har. De vet intuitivt vad som kommer att ”slå” långt innan deras konkurrenter gör det. Utan stöd av sensus communis kan en fråga således inte föras fram. Det är därvid givetvis en fördel om sensus communis också baseras på realistiska antaganden och förväntningar. Det blir problematiskt om man får sitt förtroende av de övriga på grund av missförstånd, myter, fantasier och drömmar. Skulle så vara fallet raseras förstås med tiden förtroendet.

Dilemmat är att även goda och rimliga resonemang och förslag som inte stöds av sensus communis inte kan genomföras. Samtidigt kan dåliga och orealistiska förslag få gehör just därför att de stöds av den allmänna meningen. Det är således först i och genom det välgrundade offentliga samtalet som de förutsättningar skapas som krävs för att realistiska

och mer önskvärda lösningar och åtgärder inom det offentliga livet kan förverkligas.

Den diskrepans vi pekar på mellan de övergripande samtalen och de resonemang som förs ute i dagens verksamheter blir därmed en politisk risk. Besluten kan genom denna diskrepans inte bara bli orealistiska och kanske skadliga. De kan också medföra att man får allt sämre förtroende för varandra, för systemet och slutligen också för demokratin som samarbetsform.

### **Det empiriska materialets betydelse**

När vi genom fokusgrupper tar fram berättelser som knyter an till människors kunskaper och erfarenheter om aktuell praxis i hälso- och sjukvården så genereras ett empiriskt material. Materialet som kommer fram ur en fokusgrupp innehåller vad de som vi talat med velat berätta för oss inom ramen för det partnerskap vi etablerat.

Partnerskapet bygger just i detta fall på att det som berättas skall dokumenteras, läsas av olika intressenter i vården och ligga till grund för samtal och analyser av sjukvårdens övergripande frågor. Berättelsen kan i denna mening sägas vara ett politiskt dokument.

När fokusgrupperna som i vårt fall består av personer som både är erfarna och reflekterade och dessutom väl insatta i och kunniga om den verksamhet som behandlas så får ett sådant material ett större värde än om vi talat med oerfarna noviser eller talat med deltagarna om ett ämne som de tidigare inte funderat över.

Den ”allmänna mening” dessa deltagare beskriver får därmed karaktären av ett faktum. Texten beskriver vad just de som är väl insatta i frågan uppfattar som viktigt att berätta. Detta är vad de velat säga och uttrycka. Deras resonemang kan sedan jämföras med andra gruppers resonemang för att göra det möjligt att gemensamt komma fram till allt bättre ställningstaganden om de frågor man vill kunna behandla.

När det gäller formulering av normativa utsagor får berättelser från en fokusgrupp en särskild tyngd eftersom de bygger på en gedigen praktisk erfarenhet. De leder därför fram till så goda och realistiska bedömningar som man kan få.

Härvid skiljer sig denna typ av berättelser radikalt från data från enkäter och problembeskrivningar som ofta blir förytligade och triviala eller framställandet av behov och krav som ofta styrs av önskedrömmar och spekulationer. Som ett underlag för politiska ställningstaganden är alltså materialet från en fokusgrupp bland det säkraste man kan använda.



## *Samtal som empiriskt material*

En fokusgrupp kännetecknas av ett fritt samtal kring ett på förhand definierat tema (det som är fokus). En fokusberättelse visar således hur de som samlats samtalar kring en fråga eller ett fenomen. Berättelsen illustrerar vilket kommunikationsmönster och vilket samtalsinnehåll som uppstår. Detta är i sin tur en följd av den kunnighet om frågan som finns hos dem som samtalar. En kring ämnet eller frågan kunnig och erfaren grupp samtalar på annat sätt än en grupp där några eller flera deltagare saknar motsvarande kunskaper och är mindre erfarna.

Den mindre erfarna gruppen ser exempelvis problem i sådant som den erfarna gruppen inte uppfattar som problem. Deltagarna i en sådan grupp relevantgör andra frågor och observationer än de erfarna. De kan förlägga problemen till företeelser som inte har med saken att göra eller som är perifera för problemets lösning. Man kan också i den mindre erfarna gruppen formulera problem som egentligen inte är problem och som skulle kunna lösas om man bara tog till vara på sådan kunskap och erfarenhet som man kunde få reda på.



Vi protesterar därför kraftigt mot påståenden av typen att all kunskap sitter i människor och att man kan bara man vill. Att den nödvändiga kunskapen växer till om man bara får försöka själv. Att man inte skall ge svaren utan låta människor själva kom fram till dem osv. Detta tror vi inte på.

Ingen skall behöva ha ”händerna på ryggen” för att andra skall utveckla sitt kunnande. Därför är det viktigt att kunskapen byggs upp utifrån fria samtal. Dessa behöver aldrig börja från noll och ingenting. Man behöver heller inte låta samtalen ta opraktiska och improduktiva riktningar så som ofta är fallet just nu. Det är inte viktigt att samtala för samtalandets skull. Det är viktigt att samtalen berikar vår gemensamma kunskap.

Det ligger i samtalsledares och initiativtagares ansvar att sådana samtal – särskilt om deltagarna är mindre erfarna kring det man skall samtala om – kan knytas till berättelser som redan finns och som tagits fram av grupper med längre erfarenhet och större kunnighet på de områden det är fråga om.

Därför tror vi att fokusgrupper med kunniga och erfarna deltagare av den typ vi genomfört kommer att ha stor betydelse för kunskapsutvecklingen i det samhälle vi ser framför oss.

## **Fokusgrupper för att fånga erfarenheter som kan ”kännas igen” av andra**

Den kunnighet som finns i en grupp eller hos en person kan inte omedelbart formuleras i ord och förmedlas i samtal och berättelser. Däremot visar den sig genom det samtal som förs och hur man berättar om det man talar om. Man kan likna det med att någon demonstrerar att man kan tala ryska genom att just tala ryska.

Därför går det inte att enbart ur den faktiska texten i en fokusberättelse ”plocka ut” enstaka utsagor. Det är berättelsen som helhet – också vad som sägs mellan raderna och vad som inte sägs – som är viktig. Texten kan liknas vid ett ”scenario” som illustrerar ett resonemang snarare än ger en exakt avbildning av vad man ”tycker”.

Arbetet med fokusgrupper skiljer sig därmed från konventionell vetenskaplig metodik. Vill man som i vårt fall fånga erfarenheter av ett gott vårdarbete så sker urvalet av deltagare ”strategiskt” – till skillnad från det representativa urval som är vanligt i andra studier.

Initiativtagaren bjuder in de personer som denne anser bäst kan belysa temat genom att de har erfarenheter som är av särskilt intresse. Man är således inte intresserad av att veta hur det i allmänhet är utan hur just de deltagare man bjudit in resonerar.

Vår erfarenhet är att redan ett ganska litet antal fokusgrupper ger ett mycket rikt material. De samtal vi refererar till i denna rapport pågick bara i två timmar. Samtalen dokumenterades i text och deltagarna erbjöds möjlighet att korrigera och komplettera materialet och att godkänna det innan det gick vidare.

Det är viktigt för validiteten att referaten inte är anonyma utan att deltagarna är beredda att stå för sina utsagor. Deltagarna ställer således upp på att formulera sina egna tankar och föreställningar för att därmed erbjuda ”omvärlden” ett underlag genom vilket läsaren/uppdragsgivaren kan se olika möjligheter att etablera ett fruktbart samarbete med dem.

Vi menar att fokusberättelserna främst är till nytta för dem som vill föra samtal om dessa frågor i liknande grupper. Det är genom berättelserna man kan få bättre grepp på de förhållanden och frågor man själv brottas med.

### **Våra fokusgrupper är inte gruppintervjuer**

Många sätter likhetstecken mellan fokusgrupp och gruppintervju. Vi menar att det är en stor skillnad. I en gruppintervju söker man fånga de enskilda deltagarnas åsikter eller upplevelser om något. Den typen av information skulle man lika gärna kunnat inhämta vid enskilda intervjuer. Intervju-

aren frågor och den svarande svarar. Alla deltagare måste bli tillfrågade. Det är inget samtal. Det finns naturligtvis fördelar med att intervjua i grupp. Deltagarna kan inspireras av att höra andra berätta om sina åsikter och upplevelser och på så sätt också få ord på erfarenheter som man tidigare inte tänkt på. Därför ses gruppintervjuer som ett sätt att komma ”djupare” i förståelsen.

Det fria samtal som uppkommer i en fokusgrupp är däremot en dynamisk process. Det ena inlägget leder till nästa. Vissa inlägg får inget gensvar. Andra inlägg startar en orkan. Samtalet blir till. Det formas av den grupp som just då samtalar. I detta fria samtal visar det sig vad som är gemensamt och vad som är enskilt, vad som där är ”pratbart” och vad som inte är det.

Ett fritt samtal har alltså en potential att visa något annat än bara de enskilda deltagarnas uppfattningar. Det fria samtalet tecknar en bild av den sociala kontext deltagarna bildar med varandra och hur deltagarna gemensamt kan beskriva sin verksamhet och sin framtid; vilka svårigheter man ser framför sig, vilka farhågor man brottas med, vilken utveckling man vill förstärka osv.

Det betyder inte att vad som sägs fångar frågan – bara att det är så man sannolikt talar om temat i de sammanhang där man träffas. Fokusgruppen ger en rikare information ju fler som kommer till tals, men det faktum att några inte kommer till tals om något är också en information.

En viktig del av arbetet är den efterbearbetning som görs där deltagarna läser igenom referaten, korrigerar sakfel och tänker igenom om man kan stå för det som refererats. Referaten är därvid inte exakta återgivningar av samtalen utan vad samtalsledarna "har hört" utifrån sin egen kunskapsplattform.

Efterbearbetningen och godkännandet borgar för att berättelserna inte utformats på ett sätt som är inkongruent med de erfarenheter man i gruppen vill förmedla. Proceduren läggs upp så att resultatet är så nära en "sensus communis" som man kan komma.

Detta betyder inte att berättelsen illustrerar hur det faktiskt går till. För att veta detta måste verksamheten konkret observeras. Berättelsen illustrerar istället hur engagerade och kunniga personer pratar om de frågor som är i fokus utifrån sina erfarenheter och sina observationer. Vi menar att detta just är det underlag som behövs för att formulera goda och praktiska regler för ett Gesellschaft.

## *Om framväxten av goda kvalitativa vårdnormer*

Ett vårdssystem befolkat av aktörer med ambitioner att agera självständigt och som drivs av en mängd skiftande motiv och ambitioner är synnerligen komplext. Att skapa en objektiv bild av ett sådant system är i praktiken ogörligt.

Även om en sådan bild skulle kunna skapas så är den av föga nytta då varje aktör handlar efter *sin* bild av systemet. Givet att aktörerna har den frihet de har, och också måste ha det, är det uppenbart att ett sådant system inte kan styras med olika tvingade regler och principer. Det skulle då istället bli ostyrbart.

### **Aktörerna måste välja att samarbeta**

En viktig princip är därför att ett komplext socialt system av denna typ enbart kan fungera om aktörerna väljer att samarbeta. Detta är inte en självklarhet. Samarbete bygger på att aktörerna uppfattar sig som "medborgare" i systemet och

därför ser ett sådant samarbete som en slags medborgerlig plikt och en rimlig skyldighet. Denna inställning till systemet kan rubbas om man av olika skäl skapar förhållanden där aktörerna tvingas att konkurrera med varandra eller sätts i situationer där de hamnar i konflikt med varandra. Vi skall senare analysera denna fråga i förening med begreppet ”socialt kapital”.

Om vi för tillfället bortser från problemet att medarbetarna måste se det som sin skyldighet att samarbeta så kvarstår trots detta ett stort antal svårigheter. För att skapa sådana förhållanden att man verkligen kan samarbeta med varandra krävs att systemet för den enskilde aktören blir överblickbart och transparent.

Detta kan göras på många olika sätt. Ett sätt är att knyta samman aktörerna på ett sådant sätt att de kan följa och påverka varandras arbete. Ett vanligt namn för en sådan strukturering är försöken att skapa högkvalitativa kliniska processer. I dessa ges deltagarna själva överblick över processen så att de själva kan styra och följa upp den.

### **Hur vet man att man gjort något bra?**

Ett sådant samarbete kan emellertid först bli fruktbart om deltagarna kan avgöra när de gemensamt gjort ett bra arbete och när de inte gjort det. När man verkar i ett Gesell-

schaft ställs man därför inför problemet att skapa gemensamma normer som gör det möjligt att bestämma vad som kan anses vara ett tillräckligt bra resultat. Man måste också etablera procedurer för att veta vilka insatser som ledde fram till detta och vilka som inte gjorde det.

Självklart är härvidlag mätningar och statistiska data av stor betydelse. Men när det gäller frågan om patientfokusering är de bara ett första basmaterial. I allmänhet är förhållandena så komplexa och så många variabler spelar in att det statistiska underlaget, när antalet patienter blir färre, blir alltför tunt och ofullständigt. Stordriftens uppföljningsmetoder är helt enkelt för osäkra i en situation där det krävs patientfokusering.

Vad som måste till är att man genom praktisk erfarenhet och direkt ur processen kan lyfta fram vad som verkar vara relevant och vad som inte är det. Utforskandet av vilka normer som måste gälla liknar i hög grad den procedur som Fleck redovisar när det gäller framväxten av ett faktum.

Genom observationer, jämförelser, resonemang och kopplingar till tidigare erfarenheter och kunskaper kan man formulera ett utfallsrum. Utfallsrummet är egentligen ett sätt att avskilja det som inte skall hända. Rummet ger därför utrymme för individuella utfall utan att riskera att sådant inträffar som man inte ser som önskvärt.



## **Vetenskapandet flyttas till "golvet"**

Att på detta sätt skapa en precisering och en kondensering av det önskvärda till skillnad från det icke önskvärda är inte någon vetenskapligt apart och osäker procedur. Den är väl förankrad i den medicinska vetenskapens principer.

Den stora mängden alternativa och tänkbara behandlingsformer och variationen i patienternas behov gör att data och observationer måste kunna belysas ur flera perspektiv samtidigt. De måste, med hänsyn till att det krävs en systematisk och individuell uppföljning av varje ärende, vara enkelt mät- eller observerbara för de som arbetar närmast patienten.

Vad det handlar om är således att de principer som Fleck styrdes av nu flyttas ner och tillämpas av aktörerna i den dagliga vården. Personerna närmast patienten övertar helt enkelt de delar av utvecklings och forskningsarbetet som de har störst förutsättningar för att medverka till.

Som Fleck visar så är en sådan forskningsprincip i hög grad en fråga om att utveckla språket. Det är genom språket och samtalandet om det man är med om som man inom ramen för sin egen process kan göra allt bättre preciseringar och bestämmningar.

Ovanstående resonemang leder till en intressant slutsats; nämligen att sammanslagningar i större och överskådli-

gare system och enheter leder till sämre kvalitet och sämre effektivitet. Utvecklingen mot patientfokusering och individualisering driver således fram behovet av mindre och mer överskådliga avgränsningar och kräver arbetsformer i vilka man gemensamt lättare kan följa upp och samtala om verksamheten.

Detta står i stark strid mot de försök till stordrift och de sammanslagningar som nu pågår inom vården. Utvecklingen minskar naturligtvis inte behovet av övergripande insatser men sådana insatser kan inte göras utan att man tar hänsyn till de erfarenheter som byggts upp i arbetet nära patienten.



## *Om sjukvårdens sociala kapital*

Inför vår studie rekommenderades vi att intervjua tre personer som ansågs är särskilt insatta i just verksamhetsfrågor och den strategiska utvecklingen på vårdområdet, nämligen Ulf Andersson, Hans Rutberg och Göran Henriks. Från dessa intervjuer drog vi slutsatsen att den mest brännande frågan inom vården kan kopplas till vad Bo Rothstein i en nyutkommen bok definierar som socialt kapital

Den definition som Bo Rothstein<sup>50</sup>, professor vid statsvetenskapliga institutionen vid Göteborgs universitet, ger begreppet socialt kapital bygger på en omfattande litteratur och forskning och begreppet har förstås många olika innebörder.

Rothstein menar att socialt kapital kan beskrivas som det förtroende – eller den tillit – som människor har för varandra när det gäller deras önskan att verka för det ”gemensamma bästa” och inte bara se till egen fördel. Socialt kapital består enligt Rothstein om en förväntan om pålitlighet, dvs. att andra, inte bara jag själv, kommer att agera för det gemensamma bästa.

---

50 Rothstein 2003

Socialt kapital skapas när det med tiden blir uppenbart att samarbete, även om detta innebär individuella uppföringar, på lång sikt är att föredra framför att ständigt utnyttja situationen för egen vinning. Socialt kapital manifesteras i förekomsten av institutioner som har sådan trovärdighet och status att de av medborgarna uppfattas som värda att upprätthålla och stödja.

### **Varför fungerar en taxicentral i Milano men inte i Palermo?**

Ett exempel på en sådan institution som Rothstein berättar om är taxiförarnas gemensamma växel och beställningscentral. Förarna konkurrerar om körningarna men inser behovet av att kunderna har ett gemensamt nummer att ringa till och att alla kan dra nytta av att kunden får tag på den taxi som förtillfället är ledig och är närmast till. Milano har en sådan central.

Rothstein ger ett exempel på hur bristen på socialt kapital kan omöjliggöra förekomsten av samma institution i Palermo även om den vore till lika stor nytta för taxiförarna där som den är i Milano. I Palermo var alla förare övertygade om att de andra gav falsk information om hur nära de befann sig kunden för att få körningen. Därför gav de själva falsk information. När någon var framgångsrik förklarades detta med att denna förare på ett listigt sätt lyckats lura till sig kunderna på de andras bekostnad.

Rothstein konstaterar i anslutning till detta exempel att principen med en gemensam ledningscentral bygger på den fundamentala men osäkra insikten att man kan lita på att ingen uppger sig vara närmare än vad man i verkligheten är för att få en körning.

### **Sjukvårdens sociala kapital**

I stor skala kan sjukvården sägas vara en institution av samma natur som en taxicentral. När man vänder sig till sjukvården måste det finnas ett socialt kapital som är sådant att man anser sig kunna räkna med att den vård som ges görs i patientens intresse – inte för att doktorn skall tjäna en extra slant, skall tillfredsställa ett bonussystem, tvingas lyda en osynlig makthavare etc.

Institutionen skall också ha sina medarbetares förtroende. För att sjukvården skall kunna dra till sig medarbetare som vill inordna sig i systemet så måste dessa kunna lita på att man inom systemet erbjuder dem arbetsvillkor som är sådana att de inom systemet kan få utlopp för sina ambitioner och sin kreativitet, kan försörja sig och att de inte far illa.

Det sociala kapitalet är osynligt. Det bygger på förväntningar och föreställningar om vad de andra kommer att göra i framtiden – inte vad de faktiskt gör i dag. Dessa förväntningar om hur andra kommer att agera förstärks eller försvagas genom ”så som det pratas”. Det går inte att titta in i människors

huvuden men man kan av deras utsagor, resonemang och analyser föreställa sig hur de kan komma att agera.

### **Hur ökas respektive förslösas det sociala kapitalet?**

Om man vid samtal med taxiförare och kunder hör att de saknar förståelse och förtroende för sin ledningscentral kan man av detta dra slutsatsen att det är mycket osäkert om man själv skall lita på den. Om man å andra sidan får klart för sig att detta är en väl etablerad, respekterad och godkänd institution som stöds av förarna så kan man själv naturligtvis med större förtröstan anlita den.

Rothstein påpekar att det är lättare att konstatera förekomsten eller avsaknaden av socialt kapital än att klargöra hur man kan agera för att bygga upp och bevara det. Detta är förstas den politiska fråga för sjukvården som vi alla är berörda av och måste ta ställning till.

Vi, och de utvecklingschefer vi intervjuat, menar att en *första grund* för uppkomsten av socialt kapital ligger i själva samtalet. Men då förstås inte vilket samtal som helst utan sådana samtal som gör det möjligt att förstå och acceptera varandras handlande, analyser och beslut.

Om man genom bättre analyser kan få en större överensstämmelse mellan vad man säger sig vilja göra och vad man faktiskt tvingas att göra i olika situationer skapas en större

pålitlighet. Vi menar att detta inte främst är en moralisk fråga utan en fråga om att på ett klokt sätt kunna analysera och hantera gemensamma problem. Först med en sådan klokhet skapas en pålitlighet och förutsägbarhet som gör tillvaron tryggare för oss alla.

En *andra grund* för skapandet av ett socialt kapital, som man påpekat för oss i fokusgrupper och intervjuer, är att stödja ett *gemensamt intresse*. Det är ett sådant gemensamt intresse som kan knyta samman ett stort Gesellschaft. Vilket intresse skulle i detta fall kunna stärka institutionen sjukvården.

Enligt Göran Henriks, utvecklingsdirektör vid Jönköpings läns landsting, har det visat sig att det finns en faktor som slår igenom i alla undersökningar, nämligen det som något diffust kan karaktäriseras som ”*patientnytta*”. Denna skulle enligt Henriks kunna vara just det intresse som kan vara den fokalpunkt som kan leda till förändring och förbättring. Patientnytta är förstås bara en omskrivning av patientfokus.

Vår slutsats är att om man i vårdssystemet inte kan verbalisera och förstå de enskilda patienternas förutsättningar och förväntningar på vården så kan dessa heller aldrig tillfredsställas. Om å andra sidan patienterna, anhöriga m fl inte kan förstå och lära sig de möjligheter och begränsningar som finns i vården så kan de heller inte effektivt bidra till att vårdens begränsade resurser används väl. Det är här fokusberättelserna kan vara till ledning.





## *Taylors ande vilar över resonemangen*

Frederick Winslow Taylors Scientific Management medförde en revolution för samhället under början av 1900-talet. De skrifter som beskriver olika förbättringsinsatser inom sjukvården ägnar fortfarande stort utrymme åt samma grundläggande produktionstekniska frågor som en gång Taylor formulerade.<sup>51</sup>

När man i dessa skrifter hänvisar till lösningar och resultat är det därför utifrån tanken att det är metoderna, organisationen och strukturerna som skapar resultatet inte den mänskliga insatsen i form av fria aktörer som handlat klokt eller oklokt. Detta betyder inte att man i arbetet försummat denna faktor. Eftersom man emellertid inte inkluderar människan som aktör i redovisningarna blir de ofullständiga och kanske till och med missvisande.

Det är från våra fokusberättelser uppenbart att de olika aktiviteter och lärseminarier som genomförts, både i lands-

---

51 Landstingsförbundet 1998;1999, Nilsson 1999, Barklöf 2000 och Lövgqvist oa 2002,

tingsförbundets regi och på initiativ av de tre landsting enheterna finns i, har haft en avgörande betydelse för den utveckling som skett. Det skulle kunna vara andra och ännu inte helt klarlagda faktorer som medverkat till framgången. Det har därför känts angeläget att här kortfattat redovisa den historiska bakgrunden till dessa insatser.

### **Taylor har satt djupa spår**

Djupet av den tayloristiska revolutionen kan inte förstås förrän man upptäcker de spår denna satt i den tankestil med vilken man än i dag analyserar sjukvårdens förhållanden. Resonemangen kring nedläggningen av vårdcentralerna som vi redovisade i början av rapporten såväl som många rapporter i GP följer exempelvis helt Taylors tankestil.

Taylor hävdade exempelvis i skillnad mot den tidens praxis att produktionen borde bygga på systematiska mätningar, på tydliga mål och genomarbetade planer. Han ansåg icke minst att produktionen borde baseras på en vetenskapligt baserad systematik och analys – dvs. vad vi i dag brukar kalla evidensbaserat arbetssätt.

De strategier som fortfarande tillämpas i många förändringsprojekt är exempelvis direkt hämtade från Taylor. Enligt Taylor kunde produktionen effektiviseras genom

- \* att påverka den interna och externa efterfrågan på material och behov av kunnsighet genom standardisering – jfr uppdelningen på olika diagnoser
  
- \* att optimera sambanden mellan resurser och produktionens krav med exempelvis tids- och metodstudier – jfr kopplingen mellan antal läkare och antal patientbesök och
  
- \* att eliminera onödiga och överflödiga handgrepp genom att förändra själva produktionssystemet och bygga upp effektivare flöden – jfr dagens resonemang om processtyrning.

En viktig konsekvens av Taylors tänkande var det som har kommit att kallas vertikal och horisontell arbetsdelning. Taylor hävdade således att var och en skulle göra det denne var bäst på. När det gällde fysiska arbetsmoment blev man skicklig genom övning vilket gjorde att han rekommenderade en hög grad av specialisering.

Idealet var att arbetaren skulle kunna utföra arbetet rutinemässigt och mekaniskt och inte behöva distraheras av att fundera över hur det borde utföras. Ju oftare man utförde ett visst moment desto skickligare blev man. Jämför dagens diskussion om specialiseringens och de stora volymernas betydelse - exempelvis inom kirurgi.

Taylor menade också att man måste göra en skarp åtskillnad mellan tänka och göra. Arbetare skulle utföra arbetet medan andra skulle tänka ut och komponera de system och regler de skulle arbeta efter. Arbetare skulle inte ”lägga sig i” hur arbetet organiserades utan göra vad de var bäst på.

Detta medförde den vertikala uppdelning vi i dag har mellan ledning, tjänstemän och kollektivanställda. Det medförde också de lydadsprinciper och den disciplinering som var industrisamhällets kännemärke. Vi har kvar dessa tankar när det gäller administrationens försök att förmå vårdpersonal att anamma olika regler och prioriteringslistor.<sup>52</sup>

## **Den produktionstekniska revolutionen**

Förvånansvärt många har inte förstått att man i industrin sedan länge tvingats överge Taylors principer. Omställningen på 90-talet kallas ofta det stora paradigmskiftet eller den mentala revolutionen.<sup>53</sup>

---

52 Det finns i dag många som har beskrivit bakgrunden till taylorismen och dess arbetsdelningsprinciper. Abrahamsson (2000) börjar sin avhandling med en omfattande historik av arbetslivets utveckling från Taylor och framåt. En redogörelse med särskild inriktning på den vertikala arbetsdelningen finns i Palm (2003).

53 Denna revolution finns väl beskriven av Axelsson och Bergman (1999), Abrahamsson (2000), Forslin och Kira (2000) och Palm (2003).

En huvudperson i detta paradigmskifte var Edward Deming. Det var dennes arbete med japanska företag som så småningom medförde att våra stora företag i både USA och Europa av konkurrensskäl tvingades ifrågasätta många av Taylors principer. Framgångarna för Demings tänkande berodde inte på att hans principer var bättre än Taylors utan på att han anpassade Taylors tänkande till de nya produktionstekniska problem som dök upp.

Produktionsteknisk praxis hade exempelvis under massproduktionens era lett fram till att det tog lång tid mellan att en förändring i produkter och teknik introducerades till dess man kunde bygga upp nya effektiva produktionssystem som hanterade dessa nyheter.

För varje ny bilmodell måste Volvo och Saab skapa helt nya produktionssystem och bygga nya fabriker. Inkörningsproblemen blev stora och kostsamma. Detta blev under så småningom ett stort bekymmer för ledningarna i dessa företag. Vi kan i många sjukvårdssystem återfinna denna tröghet som är en direkt följd av dess tayloristiska uppbyggnad.

Konventionell produktionsteknisk praxis tog heller inte hänsyn till variationer och olikheter i produktionsmedlen. Taylors principer förutsatte att alla operationer var standardiserade – dvs. identiska. En sådan standardisering kunde emellertid aldrig uppnås fullt ut. Både maskiner och människor var olika vilket ledde till variationer i produktionen.

Dessa oundvikliga variationer ledde till kvalitetsbrister och störningar i flödet. Sådana störningar fick stora konsekvenser eftersom produktionen stannade upp om någon länk i kedjan fallerade.

Eftersom man inte kunde göra avkall på kvaliteten ledde en alltför strikt tillämpning av Taylors principer till stora kontrollinsatser, stora kassationskostnader och omfattande buffertar i produkter i arbete, i personalstyrka och i lager.

För att hantera denna typ av ofta uppkommande produktionsproblem krävdes dessutom en omfattande teknisk stab med åtföljande byråkrati. Allt gjorde att man kostnadsmässigt hamnade i en ofördelaktig position jämfört med sina japanska konkurrenter som vid denna tid hade anammat Demings idéer. De kvalitetsproblem man diskuterar i sjukvården har stora likheter med de grundfrågor som Deming tvingades ta itu med.

### **Analysen flyttades ner till ”golvet”**

Deming hävdade att arbetsformerna borde anpassas till den gryende insikten om människan som aktör. En av Demings principer för att lösa de aktuella produktionsproblemen var därför att förlägga analysen av dessa till ”golvet” och låta arbetarna själva engagera sig i att lösa dem. Principen var genial eftersom detta var enda sättet att anpassa produktionen till de variationer som fanns.

För att underlätta detta arbete använde sig Deming bland annat av statistiskt baserade uppföljningssystem och ett antal kvalitetsverktyg som arbetarna själva kunde använda och följa upp.

För att göra det möjligt för alla att medverka till att stabilisera flödet och eliminera buffertar i tid och material - det som kallas lean-production - så måste den vertikala och den horisontella arbetsdelningen ifrågasättas. Arbetarna själva måste göras delaktiga i lösandet av de aktuella produktionsproblem som visade sig och de måste utveckla en mångkunighet som gjorde att de kunde rycka in där det behövdes.

Vad som förbluffade omvärlden var att Demings produktionssystem kunde förena hög produktivitet med hög kvalitet till låg kostnad vilket man tidigare hade ansett omöjligt.

Marknaden krävde emellertid också flexibilitet av produktionen. Nya bilmodeller måste ständigt introduceras. Produktionen måste ständigt anpassas för att uppfylla nya krav från kunderna och för att tillämpa ny teknik. Inte heller detta problem kunde lösas med Taylors principer.

Deming introducerade då det man nu kallar kundorientering, nämligen att produktionen skulle "sugas fram" för att uppfylla kundens behov. Arbetarna kom på detta sätt att själva styra och planera produktionen. Experter och stabspersoner reducerades eller flyttades ner i direkt kontakt med produktionen. Därmed fullbordades den mentala revolutionen.



## De intensiva produktionssystemen

Denna typ av produktionssystem, ”pull” istället för ”push”, eliminerade därmed mycket av det slack och den reservkapacitet som behövdes tidigare. De blev mer slimmande. Intensiteten ökade. Därvid uppstod de intensiva produktionssystem som i dag tillämpas i de flesta verksamheter.

Framgångarna med Demings modeller bröt således upp det produktionstekniska motståndet mot att överge den vertikala och horisontella arbetsdelningen. Därmed kunde nya arbetsformer introduceras som hedrade medarbetaren som autonom aktör. Det är från denna tid av stor omvandling vi har fått en mängd nya idéer om lärande organisationer, förändringsstrategier och ständiga förbättringar.<sup>54</sup>

Utvecklingen medförde att man alltmer lämnade tydliga och förutsägbara modeller för att organisera arbetet. Det pågår numera istället en kontinuerlig omställning där ständigt nya organisatoriska former konstrueras och där det ställs allt större krav på medarbetarna att vara med och utforma sina nya arbetsuppgifter.

Just denna omvandling har sedan länge pågått i Sverige. De olika insatserna som exempelvis Genombrottsförsöken, Advanced Access, Ideal Modell mm faller väl in i denna

---

54 En översikt finns i Nilsson (1999) och en närmare beskrivning av frågan görs senare i rapporten.

trend genom att man förutsätter att deltagarna och medarbetarna själva i samverkan med varandra skall utforma sitt arbete. Man följer därvid i stort sett samma produktionstekniska principer som Taylor och Deming introducerade men med utgångspunkt från vårdproduktionens särprägel. Den patientfokus vi funnit i våra fokusberättelser återfinner vi emellertid inte i beskrivningarna av dessa projekt.



## *Om arenor och forum för samtal*

Ett konkret exempel på ett område där man allt mer bryter upp tanken på fasta organisationsmodeller är schemaläggning. Möjligheten att styra sin arbetstid och därmed också sin fria tid uppfattas i allmänhet som positivt. Eftersom tidsanvändning är så nära kopplat till vårdarbetets krav så kräver en sådan dialog att de som medverkar också är engagerade i en bättre anpassning mellan resurser och insats.

Den kommunikativa dimensionen är därför kritisk. Om människor skall kunna utnyttja det faktum att de är aktörer så måste det vara möjligt för dem att genom samtal och diskussioner förstå de övergripande effekterna av nya och tidigare inte prövade kreativa initiativ och åtgärder.

För att en sådan tanke skall kunna förverkligas krävs det att man träffas och överlägger om gemensamma frågor. Det visar sig emellertid att goda sådana samtal inte alltid är lätta att genomföra för personal som är inarbetade i en tankestil som handlar om att hantera regler och inte tidigare fått förtroendet att arbeta med sådana frågor.

Svårigheterna att etablera konstruktiva samtal av den typ som krävs i ett arbetsliv där samarbetsformerna måste växla med uppgiften har lett till att det skapats ett stort antal ”arenor” och olika mötesformer i vilka det förväntas att man skall utarbeta gemensamma lösningar, utbyta tankar och erfarenheter, stimulera och lära av varandra etc.

I Ideal-modellen<sup>55</sup> och i de så kallade Genombrottsprojekten<sup>56</sup> är därför olika *lärseminarier* en bärande tanke. I dessa lärseminarier arbetar man gemensamt med problemlösning kring aktuella verksamhetsfrågor. Utan sådana lärseminarier och en sådan problemlösningsprocess anser man inte att önskvärda förändringar kan komma till stånd.

Det finns här ofta ett missförstånd som bottnar i att man tror att de slutliga lösningarna blir bättre om alla får vara med eller om ”de som känner till verksamheten bäst” får delta. Man tror också att själva delaktigheten medverkar till bättre uppslutning.

De resultat man uppnår genom olika problemlösningsseminarier skiljer sig emellertid i de flesta fall inte nämnvärt från vad som skulle kunnat uppnås på annat sätt eller genom expertinsatser,

---

55 Lövqvist oa 2002

56 Landstingsförbundet 1998: 1999

Värdet av seminarierna verkar inte ligga enbart i att lösningarna kan bli bättre, mer användbara och mer förankrade. Det verkliga värdet tycks ligga i *att deltagandet i själva problemlösningsaktiviteten* innebär ett lärande.

Denna lärprocess, och de samtal som uppkommer i den, uppfattas av många vara klart annorlunda än de man har erfarenhet av från andra håll. Det material vi fått av exempelvis Memologen, en utvecklingsenhet för sjukvården i Västerbotens läns landsting, tyder på att man på deras seminarier arbetar intensivt med själva kommunikationsformen.

Hur kommunikationsstilen kan ha en sådan betydelse kan förklaras med hjälp av en kunskapsfilosofisk ansats. Taylors så kallade scientific management använder sig av en kunskapssyn som då, liksom nu, är den mest framträdande – nämligen en kunskapssyn som bygger på en axiomatisk och empirisk grund.<sup>57</sup>

Användningen av denna kunskapssyn leder till att de människor som involveras i samtalen både av sig själva och andra kommer att betraktas som ”objekt” – inte som de aktö-

---

57 Med en axiomatisk grund menar vi de tankebyggnader som matematik och logik använder sig av och där man utvecklar resonemang från axiomatiska påståenden. Med empirisk grund menar vi naturvetenskapens tankebyggnader. De ser sina grundsatser som en generaliserad beskrivning av fysiska observationer (Ramirez 1995). Teknik är ett specialfall av den naturvetenskapliga tankebyggnaden och står på en experimentell empirisk grund.

rer de i verkligheten är. Detta sätt att samtala om produktionen har en lång tradition. Människor i de tayloristiska systemen var ju bara ”arbetskraft”.

När man emellertid skall tala om sitt  *eget* arbete och sin  *egen situation* inträffar något annat. Paradoxen är att man mycket väl kan behandla andra som objekt men inte sig själv. Att omvandla produktionstekniska resonemang som handlar om ”de andra” till förhållanden som gäller en själv är därför inte självklart enkelt.

Även om medarbetarna involveras i denna typ av analyser kommer de inte att kunna känna den delaktighet som man egentligen är ute efter. Problemen kan till och med förvärras eftersom de genom sådana samtal tvingas distansera sig från personliga relationer, egna uppfattningar, känslor och upplevelser.

För att samtalen skall bli produktiva måste man tränas in i en tankestil som är anpassad till kravet på att gemensamt hantera frågor som berör oss själva, vår identitetskänsla och våra sociala förhållanden. En sådan problemlösning skiljer sig från den där vi kan distansera oss från problemet som sådant och se på det ”mer akademiskt”. Det är därför som lärseminarierna ser ut att vara den kritiska faktorn.<sup>58</sup>

58 En av de viktigaste skillnaderna mellan den problematiska och de andra tankeformerna är enligt Ramirez (1995) att i den problematiska måste diskurser (så som man talar och skriver) och språk behandlas som mänskliga aktiviteter och inte som givna styrande strukturer.

Det kan hända att detta faktum förklarar det stora arbete som man i de olika förbättringsförsök måste lägga ner, och den långa tid det tar, att öva upp medarbetare, tidigare tjänstemän och ledning att lära sig det som handledarna kallar ”processtänket”.

Först när man känner sig införstådd med och hemmastadd i den problematiska kommunikationsformen kan man med framgång medverka i de nya arbetsformer som leder fram till patientorientering.





## *Arbetsmiljön formas av samtalet*

Ett kollektiv hålls samman genom de samtal som förs och de sociala konstruktioner man gemensamt skapar. Samtalen formas utifrån kollektivets gemensamma intressen. Samtalen präglas därför av formuleringar och resonemang som uppfattas stilenliga, användbara och begripliga i kollektivet. Det tankekollektiv som bildas utövar också ett tanketvång.

Intresse skall i detta fall tolkas i vid mening. Intresse är det som gruppen gemensamt vill upprätthålla – exempelvis en professionell heder eller känslan av att utföra ett gott och samhällsnyttigt arbete. Det är detta avgränsade intresse som återspeglar sig i samfällighetens professionella resonemang och retorik.

### **Svårigheter att få gehör**

Den praktiska konsekvensen av att det uppstår sådana tankekollektiv, tankestilar och tanketvång är att man det uppstår gränser som är svåra att överskrida då man inte

alltid kan göra sig förstådd gentemot andra kollektiv. En annan konsekvens är att man i det kollektiv man tillhör kan ha svårt att medverka utifrån andra premisser och andra intressen än vad tanketvånget medger eftersom man inte kommer att bli förstådd och respekterad när man för fram sådana aspekter.

Så som det pratas i en verksamhet, både i det stora och det lilla, formar således den kontext som man lever i. Det är denna kontext som oftast kallas den psykosociala arbetsmiljön. Denna skapar villkor och begränsningar för människors språkliga medverkan.

Det kan därmed inte bara vara svårt att få gehör och komma till tals. Det kan också visa sig omöjligt att komma till rätta med rent fysiska förhållanden som en följd av att det inte finns något språk för att hantera andra typer av problem än de som tankestilen är van vid att hantera.

## **De nya arbetsmiljöfrågorna**

Den språkliga miljön bestämmer således vilka av individens intressen som kan visa sig, vilka möjligheter som finns för förändring och hur man både i arbetet och i gemenskapen kan få utlopp för sin professionalitet och autonomi. Personer som känner att de kan identifiera sig med det gemensamma intresset och de villkor som etablerats i verksamheten

känner sig stöttade. De får livslust och kraft. Dessa har en bra arbetsmiljö.

Andra som upptäcker att de inte kan få utlopp för sitt engagemang kommer att distansera sig från verksamheten. De kommer att bli passiva och likgiltiga och/eller lämna den. För några kommer konflikten mellan ett sunt eget engagemang och det engagemang som de känner sig tvingade att ge till verksamheten att medföra att deras hälsa drabbas. De har en dålig arbetsmiljö.

### **Identiteten formas av kommunikationen**

En följd av de förändringar i arbetslivet vi redogjort för tidigare är att människors möjligheter att knyta sin identitet till fasta positioner och entydiga roller blir allt färre. De tvingas i hög grad att forma sin identitet utifrån kommunikativa aktiviteter.

Detta gör att det skapas nya arbetsmiljörisker som kan avläsas ur hur det samtalas. Innan vi närmare går in på dessa nya arbetsmiljöproblem finns det emellertid anledning att göra en historisk återblick på de psykosociala arbetsmiljöfrågorna.



## *De psykologiska arbetskraven*

På 60-talet konstaterade Bertil Gardell vid psykologiska institutionen vid Stockholms universitet att så som arbetet ordnades vid denna tid så orsakade detta

- negativa upplevelser hos individen som exempelvis monotoni, jäkt och trötthet
- aktiva beteenden såsom klagomål, irritation och hög personalomsättning
- passiva beteenden av typ resignation, ointresse, frånvaro från arbetet
- sociala överspridningseffekter som lägre livstillfredsställelse, lägre politisk och kulturell aktivitet, lägre utbyte av fritiden
- återverkningar på individens hälsa och välbefinnande såsom lägre självförtroende, ökad frekvens av ångest, oro och psykosomatiska symptom.<sup>59</sup>

---

59 Wahlund och Nerell 1976

Med den formulering av människan som aktör som vi nu har så är förstås ovanstående naturliga och förståeliga effekter av den kränkning av autonomin som den tidens arbetsförhållanden innebar.

Observationerna var förstås helt korrekta och Gardells formulering av dessa problem kom därefter att bli tongivande för arbetsmiljöforskningen i Sverige. Hans argument återspelas än i dag i den offentliga debatten. Att dessa negativa fenomen var en följd av arbetet och hur detta ordnades var då endast en hypotes. Den ifrågasattes av många.

Gardells resonemang fångades emellertid snabbt upp av de fackliga rörelserna som i detta såg en möjlighet att komma till rätta med en mängd problem som de sedan länge försökt få gehör för hos arbetsgivarna. Gardells arbete låg sedan till grund för ett stort antal arbetsorganisatoriska försök och kompletterades av en mängd nordiska och internationella forskare. Sverige blev föregångare på arbetsmiljöns område.

En formulering som ofta användes i dessa försök var något som kallades psykologiska arbetskrav. Två forskare, Einar Thorsrud och Fred E. Emery<sup>60</sup>, som arbetade enligt den så kallade sociotekniska skolan vilken utgick från Tavistock Institute i England preciserade i mitten av 1960-talet dessa krav enligt vidstående lista.

---

60 Thorsrud och Emery 1969

## Medarbetaren har

- behov av uppgifter med ett innehåll som kräver mer än ren uthållighet och som betyder ett visst minimum av variation.
- behov av förhållanden i vilka man kan lära sig något och utvecklas i arbetet och att fortsätta att lära något.
- behov av en arbetssituation i vilken man kan fatta beslut åtminstone inom det begränsade arbetsområde som individen kan kalla sitt eget
- behov av en social situation där man av överordnade och kolleger kan påräkna respekt och anseende och mellanmänniskt och socialt stöd
- behov av sådan information och allmän orientering om verksamheten så att man kan se ett sammanhang mellan arbetet och vad det leder till i omvärlden och så att man kan uppleva att vad man gör är nyttigt och värdefullt för samhället i stort
- behov av att det man gör i arbetet inte leder till problem och skador och att det man bidrar med är förenligt med en önskvärd framtid för sig och andra

I dag skulle man med ett aktörspektiv inte använda det passiva ordet ”behov” utan snarare tala om ”begär”.



Man skulle också se det som ett faktum att människan strävar efter att ordna sitt liv - att forma sig ett utrymme - så att dessa begär kan bli tillfredsställda. Hon känner sig därför frustrerad (hindrad) om arbetsituationen och organisationen inte gör detta möjligt.

Vad man vid denna tid intresserade sig för var främst arbeten med låg status, med låg lön, med hög monoton och med små möjligheter för utveckling och befordran. I dessa arbeten fanns en mycket detaljerad styrning och direkt arbetsledning.

Att tänka sig att det skulle gå att skapa arbeten där sådana begär kunde tillfredsställas var för ledning, produktionstekniker och arbetsgivare vid denna tid en utopi. Friheten på arbetsplatsen var således av en mängd sociala, tekniska och arbetsmässiga skäl låg och möjligheterna att göra sin röst hörd för att påverka arbetsförhållandena var i allmänhet dålig. Det fackliga engagemanget inriktade sig på att bryta dessa förhållanden.

Organisation och ledningsstrukturer sågs av facket, med utgångspunkt från Gardells resonemang, som något som blockerade arbetarnas utveckling och frihet. Kraven på andra arbetsformer mötte emellertid stort motstånd.

Konflikten sågs främst som en motsättning mellan fack och arbetsgivare. Någon föreställning om att medarbetaren som samhällsmedborgare hade rätt att kräva dessa arbetsförhål-

landen eller att arbetsgivaren i eget intresse, för att kunna rekrytera kompetent personal, borde se till att så skedde fanns inte.

Det var inte så att arbetare och medarbetare behandlades dåligt. En bra arbetsgivare var respektfull och omtänksam. Problemet var att de resonemang som fördes om arbetsorganisation inte tog hänsyn till att människan var en aktör. Man resonerade som om de man anställde kunde ta av sig huvudet i omklädningsrummet och ta på det när de gick hem.



## *Det goda arbetet*

Det var således för ett mycket gott ändamål som den fackliga rörelsen startade sitt reformarbete. Med tiden kunde man också påvisa att det i de organisatoriska lösningar som uppfyllde de psykologiska arbetskraven också låg en betydande effektivitetsvinst.

Under 70- och 80-talet gavs sådana arbetsförhållanden namnet ”det goda arbetet”. Man visade således att man i praktiken kunde förena lönsamhet med god arbetsmiljö. Det fanns ingen konflikt mellan dessa två ambitioner. Vid denna tid handlade det bara om att övertyga arbetsgivare och anställda om fördelarna. Man måste bryta de passiviserande och destruktiva försvarsmekanismer som skapats genom den Tayloristiska traditionen och bygga upp ett nytt vertikalt förtroende på arbetsplatserna. Detta blev arbetslivsfondernas uppgift.

När man nu i RFV:s rapport<sup>61</sup> analyserar sjukskrivningsstatistiken använder man sig av samma resonemang som

---

61 Riksförsäkringsverket 2003

ingick i ”det goda arbetet”. Man hänför de höga sjuktalen och problemen med sjukfrånvaro i stort sett till samma faktorer som Gardell en gång påvisade.

Utredningen som Rydh<sup>62</sup> genomfört antyder liksom RFV att de arbetsmiljöproblem som finns främst uppstår genom arbetsgivarnas ovilja och okunnighet – trots åratals propaganda och information, om hur man skapar det goda arbetet.

Man nämner inte med ett ord möjligheten att den syn på arbetslivet som var relevant när Gardell formulerade de psykologiska arbetskraven nu kanske är helt föråldrad. Vi kanske står inför helt nya arbetsmiljöproblem som inte går att lösa så enkelt som att ytterligare än en gång predika om det ”goda arbetet”.

Också i Arbetsmiljöverkets officiella och tongivande skrifter om det så kallade systematiska arbetsmiljöarbetet påpekas att vi alla vet hur det goda arbetet ser ut.<sup>63</sup> Det är bara att följa föreskrifterna och genomföra rätt åtgärder så kommer det hela att lösa sig. Också i aktuell forskning förs liknande synpunkter fram.

Vi menar att ovanstående resonemang döljer de nya arbetsmiljöproblem som dagens arbetsliv står inför. De förnekar

---

62 SOU 2002

63 Arbetsmiljöverket 2002a

behovet av nytänkande och försvårar möjligheterna att få gehör för andra typer av undersökningar än de gängse. Vi tycker att följande tre punkter kan illustrera varför dagens arbetsliv inte är identiskt med det som Gardell studerade

- För det första så ser jobben inte längre ut som de gjorde på 60-talet. Visserligen finns det kvar en del sådana jobb som man då intresserade sig för men de är sällsynta. De flesta av dem har flyttat utomlands och de som är kvar i Sverige har ofta helt ändrat karaktär. Helt nya och andra jobb och arbetsformer har växt fram och den gamla industristrukturen har i det närmaste helt raderats ut.
- För det andra så skedde en dramatisk förändring av arbetslivet i Sverige i början av 90-talet. De lösningar som införts med referens till det goda arbetet, och som ökade produktiviteten med ca 4-8 % per år, ansågs i denna omställning helt otillräckliga. Man valde andra och mer strukturella lösningar som gav snabbare och större besparingar än de metoder som byggde på att omställningen skulle ske "inifrån" genom organisationsutveckling. Överspridningen till den offentliga sektorn var stark. Under intryck av en allt kärvare ekonomi anammade man där många av dessa nya koncepts.<sup>64</sup>

---

64 Sjöstrand 1999.

- För det tredje så har intresset för de företeelser Gardell förde fram – och de jobbkrav som formulerades i ”det goda arbetet” – medfört att vår gemensamma syn på vår egen och andras roll i en verksamhet kraftigt förändrats i den riktning som presenterats i våra tidigare avsnitt. De gamla formerna är därför helt enkelt inte möjliga att upprätthålla.

Säkert kan flera andra väsentliga faktorer som exempelvis övergången från produktions- till tjänsteekonomi och framväxten av IT-samhället anges. De tre vi här redovisat räcker emellertid väl för att illustrera vår ståndpunkt.

Vi kan således konstatera att de förhållanden under vilka de ”gamla” arbetsmiljöproblemen formulerades i stort sett är borta: Det finns bara ett fåtal arbetsplatser kvar där de är aktuella. De organisatoriska lösningar som präglade ”det goda arbetet” har i stort sett förkastats och ersatts av kvalitativt helt nya.

De problem man en gång hade med att få förståelse för människan som en självständig och meningsskapande aktör – och som har behov av att lära och utvecklas i gemenskap med andra – finns inte längre. Trots detta är arbetsmiljöproblemen inte mindre än förut, snarare värre.

## *Nya påfrestningar på identiteten*

I 60-talets industrisamhälle låg tonvikten på det fysiska arbetet och det instrumentella handlandet. Gardells storhet var att han också uppmärksammade de psykiska och sociala aspekterna av arbetet. Vad som då inte var så klart som det är nu är sambandet mellan kommunikation och identitetsupplevelse.

Omställningen från att vara någon i termer av ett yrke eller en roll till att se sig som en autonom aktör som formar sitt jag är sannolikt enorm. Det är lätt att förstå att självständighetskraven kan skapa en osäkerhet inför vem man är och vem man skall bli.

Den verksamhet man engagerar sig i och samhället erbjuder genom samtal och berättelser positiva modeller som man kan använda för att skapa sig en identitet. De erbjuder emellertid också en mängd negativa modeller som leder till identiteter man kanske inte vill bli förbunden med när man väl förstår vad det innebär.



På ett djupare plan har man behov av att ”känna igen sig själv” dvs. skapa sig en identitet som man kan leva med och handla i linje med. Ett problem för omvärlden är att vad en person kan uppfatta som en positiv identitet, exempelvis att vara ”småbusig och olydig” kan en annan se som mycket negativ.

I det samhälle som nu finns kommer man därför alltid att ha behov av att utifrån sina egna individuella förutsättningar och sin levnadshistoria utveckla sin identitetskänsla. Samtidigt måste man anpassa sig till de roller som erbjuds i omvärlden. Därför blir framväxandet av en för en själv godtagbar identitet en ständigt pågående process i samspel och dialog med omvärlden. I princip återfinner samma grunddrag för en positiv identitetskänsla som en gång presenterades av Thorsrud och Emery, nämligen:

- Man måste i sina inre dialoger, sina samtal och sitt samspel med andra kunna skapa en identitet som man själv tycker är värd att ha
- Man måste kunna förändra och utveckla ”vem man är” i organisationen och inte bli infackad i en stereotyp och opåverkbar roll.
- Man måste kunna uppfatta sig själv som en person som ges möjlighet att fatta egna självständiga val och beslut – vara autonom

- Man måste kunna göra sig ”sedd” – så att den identitet man känner sig bekväm med respekteras och förstärks i det sociala samspelet
- Man måste kunna ha ett sådant handlingsutrymme att det man gör i organisationens namn respekteras och uppskattas av omvärlden
- Man måste kunna tillförsäkra sig en önskvärd framtid genom att engagera sig i arbetet.

Identitetskänslan uppstår således inte ur intet. Den är kopplad till den sociala kontext i vilken man vistas. I denna har de kommunikativa handlingarna stor betydelse för att förstärka, förändra eller förminska känslan av identitet.

Förhållandena, både egna handikapp och omvärldens lösningar, kan därför blockera möjligheten att utveckla en sund självkänsla. I våra och många andras studier av vilka situationer som leder till olika former av psykisk ohälsa på grund av arbetslivet återkommer ständigt berättelser som har med identitetskänslan att göra som att

- att man inte blivit hörd,
- att ingen tagit notis om en,
- att man inte fått gehör för sina synpunkter,
- att utvecklingen bara drivit iväg utan att man kunnat göra någon uppmärksam på den osv.<sup>65</sup>

---

65 FSA och Hane 2004, Krauklis och Schenström 2002

Också av den lista som tagits fram i samarbete med Arbetsmiljöinspektionen i Örebro framgår att det är reaktioner kopplade till identitetsupplevelsen så som vi här formulerat den som är centrala för uppkomsten av ohälsa.<sup>66</sup>

## **Samarbetets grundförutsättningar**

Goldkuhl<sup>67</sup> anger följande kriterier för kommunikativa (sociala) handlingar

- I alla samspel utnyttjar vi varandra som medel för varandra
- För att detta skall kunna bli fallet måste vi begripa varandra och formulera en mening och en rimlighet i vad vi är med om
- Samspelet måste skapa oss en identitet. Vi måste vara aktörer – den som inte är någon aktör kan inte ingå i en kommunikation

Anledningen till att ta upp dessa synpunkter här är att det moderna arbetslivet i hög grad har slopat de formella gränser och rigida organisationsstrukturer som präglade det industrisamhälle som Gardell studerade.

---

66 Arbetsmiljöverket 2002b

67 Goldkuhl 1998

Man blir genom kommunikationen mer beroende av och involverad i varandras liv än tidigare.

Samtidigt skapas i dag enheter som förväntas vara självständiga och arbeta "egennyttigt" inom ramen för de spelregler som finns. Det uppstår då en konflikt mellan samarbete och konkurrens. Denna konflikt ställer nya krav på individernas förmåga att konkurrera när det gäller men trots detta under konkurrensen skapa förtroende och visa tillit till varandra. De erfarenheter (av fasta regler) som tidigare underlättade dessa relationer är inte längre tillämpliga. Nyckelorden är gränsöverskridande aktiviteter och nätverk.

Utvecklingen ställer den enskilde medarbetaren i en svårare situation än man hade som medarbetare i det gamla industrisamhället. Man skall inte bara ha relationer internt utan också externt – till verksamhetens "kund". Man skall både kunna handla i verksamhetens (organisationens intresse) men också kunna stå till svars för sina handlingar som en professionell aktör och som en enskild ansvarstagande människa.

Vi menar att dessa nya förhållanden skapar identitetskonflikter som – om de inte kan hanteras tillfredsställande av de aktörer som är inblandade och om förhållandena inte ordnas lämpligt – leder till arbetsmiljöproblem och ohälsa. Därmed är inte sagt att all arbetsrelaterad ohälsa kan knytas till dessa faktorer.



## *Exempel på nya arbetsmiljörisiker*

Allt fler yrkeskategorier uppfattar sig som professionella aktörer med egna professionella yrkesparadigm och egen etisk kod. Professionella aktörer tilldelas enligt sitt eget språkbruk inte uppgifter – de åtar sig ett uppdrag. De vill kunna ta personligt och medborgerligt ansvar för verksamheten de deltar i och låter sig därför också ställas till svars för sina val och ställningstaganden.

Professionella aktörer ser sig inte som ansvariga enbart gentemot sig själva och sina formella chefer utan också inför andra medarbetare, yrkeskolleger, patienter, patienters anhöriga, blivande patienter osv.<sup>68</sup> Frustration på grund av svårigheter och organisatoriska hinder att klarlägga vad man som professionell aktör måste uppfatta som rimliga krav från

---

68 Det är troligt att de arbetssätt som beskrivits i de tre fokusberättelserna kommer att uppfattas som önskvärt då det knyter samman professionella ambitioner med god resursanvändning och en inspirerande arbetsmiljö. Därmed blir de förhållanden där detta inte är fallet frustrerande.

grupper än enbart chefer och arbetsgivare blir därmed en hälsorisk som vi tidigare inte behövt räkna med.<sup>69</sup>

I de hierarkiska samordningsprinciperna ligger att en underställd bara utför det en överordnad beslutat. Ansvar avilar därmed alltid den beslutande; den som hade ett val att besluta annorlunda. Som en konsekvens av detta blir i den hierarkiska strukturen också det arbetsmässiga beroendet mellan medarbetare på samma nivå obefintligt. Om någon inte gör sitt jobb så som överenskommet blir detta enligt denna tanketradition enbart ett problem för chefen.

Professionella aktörer blir däremot beroende av att andra medaktörer är pålitliga och ”ställer upp” i enlighet med gjorda överenskommelser. Hänvisningar till överordnades beslut, när man inte kan fullfölja sina åtaganden, kan uppfattas som personliga svek och bristande kompetens och innebära att den horisontella tilliten och legitimiteten urholkas.

Vi har således noterat exempel på att konflikter mellan jämställda medarbetare i dagens arbetsliv kan bli både djupare och allvarligare och innebära svårare arbetsmiljökonsekvenser än förr. De måste också betraktas som de professionella konflikter de är för att kunna åtgärdas. Saknar man denna insikt i team och arbetsgrupper uppkommer också en hälsorisk man inte tidigare behövt beakta.<sup>70</sup>

69 FSA, Hane och Wennberg 2002.

70 Wennberg 2000

Den typ av psykologiska dilemman som idag förknippas med utmattningsdepression torde inte drabba en anställd som kan förlika sig med att i arbetet uppfatta sig som utförare av det någon annan bestämt. En utförare kan känna sig respektlöst bemött och betraktad som utbytbar och utan värde. Denne kan bli synnerligen stressad, kan oroas av uppgifter som är alldeles för svåra, kan tvingas hålla ett alldeles för högt tempo. Utföraren kan bli orimligt belastad men blir inte ”utbränd”.

Belastningen som en utförare drabbas av kan åtgärdas genom regelbundna perioder av vila eller att någon ansvarig prioriterar bland uppgifterna. Detta är välkända problem från ”det gamla industrisamhället” som man på Arbetsmiljöinspektionen ofta möter och har rutiner för att behandla.

I det moderna arbetslivet är det emellertid allt svårare att vidmakthålla en identitet som ”utförare” utan att förlora sin självkänsla. När man överger denna föråldrade syn på sig själv förändras också synen på arbetsförhållandena. Det är inte längre det monotona jobbet som är problemet utan det faktum att man låter sig stå och utföra det och tillåta sig att få ont i ryggen och hunsas och stressas av oförstående arbetsledare. Ser man inte andra konstruktiva alternativ hamnar man i en psykologisk ”fix”.<sup>71</sup>

---

71 Hansson N 1998



Även om jobbet och arbetsförhållandena är desamma så kräver personer som ser sig som professionella aktörer helt andra åtgärder än som var vanliga i industrisamhället för att "fixen" skall kunna lösas upp. Den svåraste erfarenheten är nog att ledning och omvärld ofta visar stor oförståelse för att man som anställd ser det man är satt att göra som meningslöst och ineffektivt och faktiskt engagerar sig i verksamheten och tar på sig ett delansvar för dess brister.

Att bli orättmätigt anklagad för att vara osolidarisk, lat, egenmäktig, maktlysten etc är sannolikt en allvarlig kränkning av en professionelle aktör som gör så gott man kan – särskilt som man samtidigt av samma personer uppmanas att vara delaktig, ta sitt ansvar, lösa problemen där de uppstår, ingå medarbetaravtal osv.

Uppmaningar att öva sig i att "gilla läget", att inte vara så ambitiös, att göra upp med "duktiga Annika" upplevs förstås förödmjukande för den som ser sig som en fullvärdig jämlik intressent i organisationen och vill bidra till verksamhetens bästa.<sup>72</sup> Det torde vara uppenbart att just en sådan policy är ägnad att minska förtroendet för verksamheten. Självklart vill man som verksamhetens kund möta engagerade, professionellt medvetna, ansvarstagande och ambitiösa medarbetare och inte personer som "lägger av" mitt i en behandling för att man inte orkar längre.

---

72 Arbetsmiljöverket 2002b

De förändringar i samhället som lett fram till en större medvetenhet om att man är aktör och en väljande person gör därför rimligtvis den enskilde personligt sårbar på ett helt annat sätt än då man som anställd "utförare" lätt kunde delta i "drevet" på korkade beslut i ledningen utan att detta inverkade på ens egen identitetsupplevelse. Vi har i många uppdrag kunnat konstatera att professionella aktörers självbild kan påverkas på ett negativt sätt av att vara del i något som andra tycker är dåligt skött eller omoraliskt.

Från de synpunkter som fördes fram i våra fokusgrupper med arbetsterapeuter kan vi således se en tänkbar risk i att anställda i vården som ser sig som professionella aktörer berörs mera av den kritik av vårdens tillgänglighet som förs fram i media än om de ser sig som passiva utförare. Detta finns bland annat beskrivet i "Samtal med arbetsterapeuter".<sup>73</sup> Professionella aktörer vill inte vara någon som inte kan komma till tals med sina medaktörer om viktiga frågor. De vill inte vara någon som inte kan göra sig hörd och förstådd. De vill värna om det sociala kapitalet.

Ytterligare en viktig ohälsfaktor som måste lyftas upp är upplevelsen av bristande mening med vad man gör. Vi menar att diskussionen om tillgänglighet har en stark koppling till upplevelser av meningsfullhet respektive meningslöshet. Vi hör exempelvis allt fler anställda i vården som säger att deras arbete blivit meningslöst.

---

73 FSA, Hane och Wennberg 2002

Ett exempel är den sjukgymnast som menade att alla patienter som kom till henne antingen kom för sent för att hennes kompetens skulle vara till någon nytta eller egentligen behövde en typ av ”hjälp att komma vidare i livet” som vården inte kunde erbjuda.<sup>74</sup> Hon menade att hennes egen kompetens förslösades på insatser som både hon och patienten insåg inte skulle hjälpa. Båda parter kände sig djupt kränkta av att behöva delta i detta som de uppfattade ”spel för galleriet”.

Andra konstaterar att deras insatser på grund av politiska beslut och medelsinskränkningar reducerats till rutinmässiga sysslor som både är felriktade och olämpliga i förhållande till deras professionella kapacitet (pågående studie tillsammans med arbetsterapeuter som drabbats av utmattningsdepression).

## **Sammanfattning**

Som vi påpekat tidigare har de teoretiska modeller som hittills definierat psykosocial arbetsmiljö utgått från en modell som hämtats från ”bemannade befattningar i löpande bandindustri” – en situation som saknar relevans i vårt moderna samhälle. Vad vi måste förstå är istället vad som stressar de nya ansvarstagande professionella aktörer som nu växer fram.

---

74 Hane 1999

En omständighet som innebär krav på ett helt nytt språkbruk för arbetsmiljöfrågor är att tänkandet inom det psykosociala arbetsmiljöområdet fortfarande lånar nästan alla sina metaforer från den biologiska stressforskning där basen är att människan på samma sätt som på savannen reagerar på fara med antingen flykt eller kamp.

Som vi tidigare nämnt så blir analogin i arbetsmiljödiskussionen att den anställda ”utsätts”, exponeras, för själva arbetet. Ohälsan uppstår ur obalansen mellan arbetets krav och individens inflytande och kontroll över ”faran”.

Detta är förstås fortfarande en rimlig modell men enbart i vissa specifika fall. De hälsorisker vi pekat på i detta avsnitt måste också enligt vår mening förstås utifrån en teoretisk bas som hör hemma i den socialmedicinska och psykologiska litteraturen. Denna handlar om hur vår identitet formas och missformas i samspel och språkliga interaktioner med andra människor.

Så som det pratas i det kollektiv vi tillhör formar vår självbild – som någon som är värd att visas respekt; som någon som är fullständigt utbytbar, som någon vars insatser är irrelevanta. De gamla arbetsmiljöriskerna vet vi mycket om men dessa frågor är just nu otillräckligt belysta.

Den nya synen på människan leder fram till att språket och språkandet får en central roll. Genom hur en verksamhet ordnas och ”så som det pratas” i den så kommer det också

att skapas faktiska villkor och begränsningar för människors medverkan. Goda sociala konstruktioner underlättar att man kan gå in i och ut ur olika identifikationsmodeller som leder till stärkt självkänsla.

Arbetsmiljörisker uppträder när ofullständiga och destruktiva sociala konstruktioner leder till att människor inte kan få utlopp för sitt engagemang och vidmakthålla en positiv självkänsla. De kommer då att distansera sig från gemenskapen, bli passiva och likgiltiga eller lämna den.

Några kommer tyvärr att upptäcka att de inte har något val. De hamnar i en ”fix”. De kan varken vara kvar, eftersom deras självkänsla då skulle bli skadad, eller lämna verksamheten. Vi tror att det är dessa som svarar med sjukdom, tappar sugen och blir ”utbrända”.

## *Hur kan man samtala om tillgänglighet?*

När vi tog fram våra fokusberättelser konfronterades vi med frågan om tillgänglighet. Å ena sidan konstaterade många att tillgänglighet egentligen var ett irrelevant begrepp. Man sade oss att vi istället borde tala om köproblematik eller kvalitet. Å andra sidan har tillgänglighet blivit ett politiskt slagord som kan knytas till djupa föreställningar om det offentligas roll och politikens väsen.

När vi läste Ludvik Flecks<sup>75</sup> redogörelse för hur sjukdomsbegreppet syfilis växt fram slogs vi av att det här fanns vissa likheter med hur man i dag resonerar om tillgänglighet.

Syfilis är skildrat ända sedan fjortonhundratalet. Man kan i dessa beskrivningar ana en mängd olika sjukdomar som ännu inte hade skiljts från varandra exempelvis spetälska, skabb, tuberkulos, smittkoppor, svampsjukdomar, gonorré etc. Fleck kan i beskrivningarna urskilja en slags väsen-skilda uridéer som i viss mening så småningom förenades till vårt syfilisbegrepp.

---

75 Fleck 1997 i översättning av Bengt Liliequist

- Den första idén var att sjukdomen var en lustsot som uppstod till följd av en himmelsk påverkan och delvis som ett straff för ett syndigt leverne.
- Den andra idén byggde på att tillståndet kunde påverkas i gynnsam riktning genom kvicksilverhaltiga salvor och att det var detta som gav sjukdomen dess särprägel.
- Den tredje idén byggde på föreställningar om att sjukdomen hade en särskild patologi som kunde kopplas till ett giftämne som utvecklades utifrån individens speciella konstitution och som kunde påvisas i kroppsvätskorna.
- Det fanns slutligen också en fjärde idé som byggde på tanken att det fanns något som överfördes från människa till människa, ett slags smittämne.

Ingen av dessa uridéer kan egentligen avfärdas, inte ens idén om lustsoten. Visserligen kan vi naturligtvis inte tala om ”himmelsk påverkan” men väl en stor samhällspåverkan genom det kaos med krig, hungersnöd, naturkatastrofer etc. som fanns i Europa i slutet av fjortonhundratalet. Alla uridéerna har på sitt sätt kunnat medverka till en bättre förståelse av sjukdomen syfilis.

De analyser som görs av tillgänglighetsfrågan präglas av att de på samma sätt består av delvis aparta resonemang.

Det allmänna intrycket är att samtalen inte på ett bra sätt belyser och reder ut de frågor som man behöver ta ställning till när det gäller god vård och att de har en bristfällig koppling till praktikens frågor. Svårigheten kan vara att om man bara envist håller fast vid en viss uridé så förlorar man perspektivet och samtalen blir improduktiva och åtgärderna verkningslösa eller rent av skadliga.

Denna oklarhet skapar förstås osäkerhet och frustration. Särskilt som landstingsförbundet själva påstår att oron för långa vårdköer är ogrundad och att problemet blåses upp av massmedia.<sup>76</sup> Det är enligt dem relativt sett få som behöver vänta och det är få som uppfattar att väntan har givit negativa konsekvenser.

Man talar därför helt uppenbart om olika saker. Vi har därför försökt urskilja vilka ”uridéer” de olika tillgänglighetsdiskussionerna bygger på. Vi kommer här att belysa fem olika sådana ”uridéer” som vi funnit i olika beskrivningar.

1. Man har när det gäller tillgänglighet hämtat begrepp och resonemang från den del av Demings och andras arbeten som främst bygger på produktionstekniskt intresse. Vi har här uppmärksammat tillgänglighet som huvudsakligen ett köteoretiskt problem. Jämför rubriken på Genombrottsrappor-

---

76 Landstingsförbundet 2003 refererad på DN debatt april 2003



terna – att korta köer och väntetider till och inom vården.<sup>77</sup>

- 2 Man har i många beskrivningar använt sig av planeringsmodeller från verkstadsindustrin och därvid sett sjukvården som ett system och vården som en produktionsprocess. Vi har i denna genomgång därför tagit fasta på tillgänglighet som ett planeringsproblem.
  
- 3 I anslutning till att man ser sjukvården som ett system av enheter med självständiga aktörer som skall vara inriktat på att erbjuda vård så uppstår samordnings- och synkroniseringsproblem mellan dessa aktörer. En utgångspunkt är att det är svårigheter i denna samordning som skapar en dålig tillgänglighet.
  
4. De politiskt vanligaste resonemangen och de som oftast tillämpas av landstingsförbundet för att försvara den vård man erbjuder har hämtat sina modeller från den neoklassiska ekonomiska teorin. Man ser därvid sjukvårdsutbudet som ett sälj-köp-system där patienterna är kunder och sjukvårdshuvudmännen är tjänsteleverantörer. Resonemangen handlar då främst om sjukvårdens utbud.

---

77 Landstingsförbundet 1998; 1999

5. En norsk forskare<sup>78</sup> påpekar att inget av ovanstående begreppssystem är tillräckligt för att hantera sjukvårdspolitiska frågor. Oberoende av hur vårdsystemen organiseras och finansieras så måste hälso- och sjukvårdsverksamhet också ses som en politisk, dvs medborgerlig, angelägenhet. Ur detta intresse växer betydelsen av det sociala kapitalet fram. Samtalen måste därför hämta argument också från ett tankesystem liknande det som Rothstein för fram i sin bok.<sup>79</sup> Vi har därför i denna genomgång uppmärksammat tillgänglighet som en rättighet för patienten.

---

78 Eriksen 1997

79 Rothstein 2003



## *Tillgänglighet i ett köteoretiskt perspektiv*

### VÄNTETIDER I KÖN; VÄNTETIDER I VÄNTRUMMET

Många av de vanligaste resonemangen bygger på antagandet att diagnoser och sjukdomstillstånd (patienternas och befolkningens behov) kan knytas till bestämda åtgärder och uppgifter som skall utföras. Det finns enligt denna tanke ett direkt samband mellan diagnos och behandling.

Genom att veta förekomsten av olika diagnoser och tänkbara patientproblem skulle behoven av behandling kunna fastställas. En förutsättning är att behandlingsprocessen i princip kan brytas ner – ungefär så som man bryter ner de moment som krävs för att producera en bil.

Genom kvantitativa operationer kan man sedan fastställa resursbehov och förlägga utförandet till olika specialiserade enheter. Dessa kan vara enskilda personer eller team och ha mer eller mindre specialiserade uppgifter. Vårdsystemet kan sedan byggas upp genom att kombinera och knyta samman dessa enskilda mindre enheter till större.

En utgångspunkt är förstås att när patienter som lider av olika tillstånd söker sig till sjukvården så skall systemet ordnas så att det i princip – beroende på nivå och diagnos – finnas tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser för att motsvara kraven på behandling eller för att hänvisa patienten till en enhet där vården kan utföras.

Resurser kan då antingen organiseras så att varje enhet självständigt och i samarbete med andra kan genomföra den behandling som krävs eller också får man skapa vårdkedjor där patienten sänds mellan olika ”stationer” och möter olika behandlingsenheter på vägen mot tillfrisknande.

Vilken teoretisk modell man än väljer tvingas man att balansera resurser mot behov samtidigt som de olika behandlingsenheterna och behandlingsformerna skall samplaneras med varandra. Ofta förenklas därför problemet och matchningen mellan resurser och behov genomförs endast på makronivå. Om resurserna i denna makroplanering uppfattas tillräckliga för att klara behoven så räknar man också med att tillgängligheten är tillfredsställande.

Att det finns en balans mellan resurser och efterfrågan i en sådan övergripande plan behöver emellertid inte innebära att tillgängligheten är god. Även om man skulle kunna formulera ett direkt samband mellan diagnos och behandling så skulle behoven ändå variera, både tidsmässigt, kvalitetsmässigt och geografiskt på ett sådant sätt att det inte är möj-

ligt att i varje ögonblick distribuera resurserna dit de bäst behövs eller patienterna till den vård de skulle behöva ha.

Tillströmning och behandlingstider varierar också på ett sådant sätt att det även i idealfallet kommer att uppstå köer och väntetider även om resurserna balanserar efterfrågan. Detta var det produktionstekniska problem som Deming angrep med bland annat statistiska metoder hämtade från köteorin och den så kallade operationsanalysen. Hans resonemang kan på ett förenklat sätt beskrivas som följer.

Så länge inflödet av kunder är konstant och produktionen också är konstant så flyter verksamheten jämnt. Det uppstår inga köer. Verksamheten kan liknas vid en lugn och jämn trafik på en motorväg. Om emellertid tillflödet av bilar är ojämnt och det finns vägarbeten på vägen som gör att man måste sakta in på vissa avsnitt så leder detta till störningar som i sin tur leder till köer och väntetider.

Om tillströmningen i genomsnitt understiger den konstanta kapaciteten så kommer alla fram till slut även om det bildas köer och väntetider. Problemet kan emellertid inte lösas genom att utan vidare öka kapaciteten. Motorvägarna skulle då vara dåligt utnyttjade under större delen av tiden. Vill man maximalt utnyttja sina resurser så bör man ständigt ha en kö. Då uppstår ingen spilltid. Vill man undvika köer måste man införa reservkapaciteter och ”slack” i processen. I denna mening är alltså köer bra för effektiviteten men dåligt för patienten.

För att få ett för medarbetare och kunder acceptabelt flöde, en rimlig kösituation och en rimligt effektiv och rationell produktion måste man – om man enbart tänker produktions-tekniskt – acceptera en obalans mellan tillströmning och kapacitet som blir större ju större variationerna är.

Ju mindre köer och snabbare behandling man vill ha desto större reservkapacitet och slack måste man skapa. Det blir således, om man utgår från denna planeringsmodell, alltid en fråga om en avvägning mellan att tillåta ”slack”, där all produktionskapacitet inte utnyttjas, eller acceptera köer och bristande tillgänglighet.

Om man enbart ser vården som en produktionsprocess – ungefär som man tillverkar bilar – så är därför köer och bristande tillgänglighet en produktionsteknisk fördel eftersom man då på ett enkelt sätt kan upprätthålla en hög produktivitet. För enheter som inte konfronteras med nackdelarna av köerna så blir ett sådant system idealt. Man har alltid fullt att göra och kan omdisponera ”kön” så att arbetet flyter. För andra enheter som berörs av de problem som kön skapar så gäller inte detta.

Vi kan således tänka oss flera situationer där en olämplig avvägning som skapar köer kan leda till allvarliga arbetsmiljöproblem och svårigheter för patienterna och att vissa enheters intressen i detta avseende kan kollidera med andras. Det kan vara detta faktum som leder till tanken på ”prioriteringslistor”.

Det finns således produktionstekniska skäl att behålla köerna såväl som att försöka ta bort dem. För vissa enheter skapar köer en jämnare arbetssituation och hög produktivitet medan de för andra skapar störningar, otillfredsställelse och jäkt.

Det vanligaste, och i allmänhet bästa, sättet att minska köerna och tillfredsställa bägge grupperna har varit att introducera slack och reservkapacitet. Det är detta slack och denna reservkapacitet man velat komma åt med de nya produktionstekniska metoder som Deming introducerade och som ledde till koncept av typen ”lean production”.<sup>80</sup>

Om man har stort slack och stor reservkapacitet kan man öka resursutnyttjandet genom att ge personalen i uppdrag att själva organisera sitt arbete på bästa sätt och därvid bättre använda de resurser som finns. För att skapa en gemensam norm har då introducerats begreppet kundorientering. Genom att lägga upp arbetet så att personalen direkt påverkas av efterfrågan och konfronteras med kundens krav uppstår något man kallar ”pull” dvs. ett sug, istället för ”push”, dvs. att man som ledning trycker på.

Organisationen ordnas då så att medarbetaren får ansvar för att tillfredsställa ”kunden” som då kan vara nästa led i kedjan. Därmed möter medarbetaren köproblemet som en konkret störning och motiveras att lösa det.

---

80 Karlsson 1999



Övergången från push-strategi till pull-strategi leder således till att personalen själva måste tänka igenom hur de skall arbeta för att möta den efterfrågan de konfronteras med.<sup>81</sup>

Samtidigt innebär en pull-strategi att man kan undvika den reservkapacitet man tidigare behövt räkna med. Man kan också utnyttja de resurser som finns mer effektivt. Arbetet blir samtidigt tätare och intensivare. Intensiva arbetssystem riskerar att medföra risk för utmattning om man inte inser att man också måste införa spärrar för hur ”mager” organisationen tillåts bli.<sup>82</sup>

Att byta strategi från push till pull innebär att man tvingas överge konventionella tankesätt när det gäller produktion. Få har emellertid satt sig in i den verkliga innebörden i lean production eller grunderna för de olika förbättringsförsök som görs. Därför blir resonemangen om kundorientering och pull-system, ofta mycket ytliga. De ses inte som produktionsutvecklingsmetoder som de är utan ofta som snabba sätt att ”banta” en organisation.

Detta är inte direkt felaktigt. Strukturella åtgärder som innebär en minskning av personalstyrkan eller nedläggning och avveckling av enheter kan på kort sikt och med en ansvarsfull och motiverad personal stressa fram kortare

---

81 Hane och Wennberg 2000a

82 Forslin och Kira 2000

behandlingstider. Produktiviteten kan tillfälligt öka både genom att man producerar mer och beroende på att man har mindre dödtid.

Att personalen själva får rationalisera sitt eget arbete är emellertid inte detsamma som att systematiskt tillämpa lean production eller ge personalen det stöd som behövs genom ett systematiskt förbättringsarbete. Att abdikera, överlämna allt ansvar till personalen och låta den leva med konsekvenserna blir ofta ett missbruk av människors ansvarstagande och engagemang. Man har således bara gjort organisationen mera mager utan att samtidigt ge deltagarna i den chansen att bli mer effektiva.<sup>83</sup>

Varje resursminskning som kopplas till en kundorientering innebär en tätare och intensivare verksamhet. Dåligt genomförda förändringar riskerar att leda till arbetsmiljöproblem och en försämrad effektivitet på lång sikt.<sup>84</sup> Att konfronteras med köproblemet kan således vara en pådrivande faktor för att öka resursutnyttjandet. Samtidigt kan bibehållandet av köer ses som en akt av misstroende från personalens sida. Genom att vidmakthålla kön kan man försvara sig mot otillbörliga strukturella ingrepp.

---

83 Barklöf m fl 2000

84 Arbetsmiljöverket 2002

Pull-strategi och strukturella ingrepp där man ”bantar” personalstyrkan är numera den överlägset vanligaste förändringsstrategin i vårt arbetsliv. I de fall personalen lojalt ”ställer upp” så ökar stressen genom att ansvars känslan och behovet av att bevara jobbet kan sätta en i en fix om man inte klarar av att åstadkomma bra lösningar som både ger tillfälle till återhämtning och möjligheter att göra ett bra jobb.

I de fall man med rätta abdikerar från ansvaret och den omöjliga uppgiften skapar också detta problem. Man kan få lojalitetskonflikter med kollegorna, en försämrad relation till ledningen och en känsla av att svika sina kunder. Denna fix kan förklara varför man ofta kan höra ganska aggressiva och nedsättande utsagor om kunder, patienter och elever. Man känner sig uppenbarligen tvingad att hålla en viss distans för att inte blir alltför känslomässigt engagerad. Även denna strategi kan således leda till risker för försämrat självförtroende och annan typ av ohälsa.

Efter ett antal ”bantningar” tappar man förstås förtroendet för ledningen och engagerar sig inte lika hårt som förut. Kundorienteringens och pull-strategins popularitet hos ledning och arbetsgivare kan därför förklara varför personalen numera inte är lika beredda att ställa upp på förändringar som förr och varför man nästan alltid från personalens sida definierar tillgänglighetsbrister som resursbrister.

## *Tillgänglighet genom evolutionär planering*

ATT HANTERA KOMPLEXITETEN GENOM PROCESSTÄNKANDE

Det är känt sedan länge att utförandet av tjänster och behandlingar inte kan passas in i de konventionella modeller och begreppssystem som gäller för produktion och distribution av varor. Det svenska samhället har i detta avseende genomgått en kraftig omställning.

Uppdelningen mellan varor och tjänster är exempelvis inte längre relevant. Detta återspeglas i att de gamla arbetena i stort sett försvunnit och många nya kommit till. Arbetsmarknaden och kompetensbehoven har blivit helt förändrade bara på ett tjugotal år. Ett dramatiskt exempel på detta är att det statistiska underlaget från SCB blir missvisande. Trots denna ofullständighet ligger statistiken till grund för skolornas planering av utbildningsbehov.<sup>85</sup>

En modell i vilken man tillämpar en horisontell arbetsdelning och genom någon form av övergripande planering försöker balansera resurser mot behov är bara tillämplig

---

85 Giertz 1999 och Wennberg och Hane 2003

på stabila förhållanden, på små enheter och på enkla och överblickbara produktionsprocesser. Visserligen kan planeringsproblemet numera hanteras bättre genom modern IT-teknologi. Man kan därför luras att tro att Demings ansats där personalen själva hanterade problem med variationer i princip skulle kunna ersättas med sofistikerade datorbase-  
rade planeringsmodeller. Man brukar därför skilja mellan komplicerade och komplexa planeringsproblem.<sup>86</sup>

Planering som tar hänsyn till komplikation utgår från att det flödesproblem som skall hanteras är beskrivningsbart, beräkningsbart och därför styrbart – exempelvis som att placera en robot på planeten Mars. Planering som tar hänsyn till komplexitet utgår istället från att det flödesproblem som skall hanteras innehåller moment som inte kan förutses och som är kopplade till varandra på ett obekant sätt.

Demings resonemang byggde på att produktionen kunde betraktas som en komplicerad men ändå beskrivbar process med fasta faktorer, kopplingar och variationer som man kan upptäcka och ta hänsyn till. Därmed kan de lösningar man i ett läge kommer fram till ständigt förbättras så att varje lösning bygger på erfarenheter från den tidigare, Man tänker sig också att de lösningar man kommer fram till kan reproduceras – dvs. att de är rimligt tillämpbara under en längre tidsperiod.

---

86 Marmgren och Ragnarsson 2001

Det som försvårar ett sådant tänkande inom huvuddelen av vårdverksamheten är att vårduppgifterna, på grund av patienternas särprägel och autonomi, inte kan standardiseras på det sätt denna modell föreskriver. Vad som skall göras i ett senare led kan i en sådan verksamhet inte göras oberoende av vad som hänt i ett tidigare led.

Produktionsprocessen – om man skall motsvara patientens krav – är därför varken förutsägbar eller möjlig att standardisera på samma sätt som om produktionen gällde en fysisk vara eller produkt.

Processen kan exempelvis tvingas göra avvikelser, göra loopar, och göra halt. Den arbetsgång man från början planerat kan när det kommer till kritan visa sig vara orealistisk. Av olika skäl kan processen till och med behöva avbrytas i förtid.

Den process man planerat för kan genom nya rön under processens gång visa sig vara helt onödig. Patientens uppfattning om processen kan dessutom förändras under arbetets gång och därmed också patientens beteende och vilja och förmåga till samarbete med vårdgivaren.

I princip kräver därför en sekventiell behandling – dvs. att patienten besöker många olika stationer på vägen – att man vid varje övergång kan ta beslut och ställning till hela processen, både det som tidigare har gjorts och de som man måste planera för att göra.

Detta gör att ledning och organiserering av tjänsteproduktion skiljer sig markant från att leda och organisera en konventionell produktion av varor.<sup>87</sup>

Långa perioder kan förstås processerna löpa väl även genom ett konventionellt planeringstänkande men eftersom kapaciteterna inte är obegränsade och behandlingarna inte alltid följer mallen så uppstår det alltid friktioner, obalans och störningar. Ju mer man tvingas individualisera vården och ta hänsyn till patienten som autonom aktör desto allvarligare blir dessa friktioner och obalanser.

Tror man att en konventionell planeringsmodell är den ”rätta vägen” så kommer dessa friktioner att uppfattas som tecken på att man misslyckats i sin organisering och planering. Sådana ”problem” analyseras således med utgångspunkt från de processer som finns inom vården – jämför rubriken på Genombrottsrapporterna.<sup>88</sup>

I en tjänsteverksamhet befolkad av professionella aktörer blir emellertid sådana friktioner och avvikelser snarare ett tecken på deltagarnas ambition att fullt ut utnyttja sin professionella kompetens och sitt kunnande för patientens bästa. Fokus bör därför i analysen läggas på patienten – inte på den interna processen. Eftersom patienter inte är förutsägbara

---

87 Normann 1983

88 Landstingsförbundet 1998; 1999

behöver varje läge uppfattas som unikt. Inget kan standardiseras. För att klara åtagandet måste man lära sig improvisera men inte hur som helst utan utifrån en basal kunskap om vad som är möjligt och lämpligt att göra. Kreativa lösningar, och inte ett inordnande under fastställda regler och rutiner, blir i en sådan verksamhet normala inslag.

Försöken att göra bedömningar utifrån enkla vårdplaneringsmodeller slår därmed alltid fel. Därför talar man i dag alltmer om behovet av flexibla vårdkedjor där planeringen sker löpande mellan de som gör insatserna. Att skapa ett bra "flyt" i ett sådant system kräver mer än planeringskunskap och regelföljande. Det kräver väl intrimmade verksamheter vars medarbetare förmår improvisera. Om vi förstått saken rätt är det just sådana förhållanden som man i Genombrotts- och Idealmodellen försöker frammana.<sup>89</sup>

Man får emellertid inte missförstå tanken med kreativitet. Kreativitet är inte att göra vad som helst, när som helst, som man tycker är spännande och roligt för stunden. Basen för en sund kreativitet är en väl intrimmad verksamhet där man väl förstår varandra och där det finns en hög grad av socialt kapital – dvs. sådant förtroende som leder till samarbete.

I dåligt intrimmade verksamheter blir istället kraven på improvisation ett problem. Enskilda lösningsförsök kan där leda till friktioner som inte kan lösas. Det kan då uppstå

---

89 Lövqvist oa 2002



onda cirklar. Nya störningar och friktioner kan inträffa och förtroendet kan ytterligare minska. Den sociala fällan kan slå igen och den situation som uppstår kan för alla inblandade parter kännas omöjlig att få grepp på.

I sådana situationer uppstår återigen krav på mera resurser trots att de totala resurserna mycket väl kan vara balanseerade gentemot de behov som finns och trots att den formella organisationen i sig kan vara helt rimlig. Resurstilldelning blir då en symbolisk gest för att ta sig ur förtroendefällan.

Det verkliga problem som måste lösas är således inte resursproblemet utan att gemensamt kunna förstå sig på komplexiteten i den vård man erbjuder, lära sig att hantera denna och bygga upp förtroendet mellan sig. Ett sätt att göra detta har varit att organisera vården i processer som är överblickbara för dem som arbetar i dem.

Man talar således i Jönköpings läns landsting om högkvalitativa kliniska processer. Förutsättningen är förstås att vårdgivarna själva engageras i att beskriva sitt arbete och att dessa beskrivningar får inflytandet på samarbetet och bidrar till att patienten aktivt kan medverka i processen.

I Siv Bäck-Petterssons rapport<sup>90</sup> finns flera aspekter på hur det brister i detta avseende. Hon skriver bland annat att

---

90 Bäck-Pettersson 2001a; 2001b

sjukvården uppfattas som ett slutet system som den vanlige medborgaren har svårt att förstå och överblicka.

Detta gäller med stor sannolikhet även de som arbetar i systemet och som behöver knyta ihop de olika momenten i sina behandlingskedjor på ett bra sätt.

När man inom de kretsar som är inriktade på denna typ av problematik talar om ”lärande system” avser de just det faktum att processerna är komplexa. I princip kräver en god samordning, hög kvalitet och bra tillgänglighet att varje patient kan följas genom hela behandlingsarbetet och att de erfarenheter som man då vinner kan nyttjas i nästa process och av flera.

När man på en klinik ger varje patient sin egen läkare som får ansvar för att följa och följa upp denne så är en sådan åtgärd i detta perspektiv en fullt rimlig åtgärd som kan förväntas medföra både en högre kvalitet, bättre resursutnyttjande och minskade köer.



## *Tillgänglighet som ett synkroniseringsproblem*

MAN MÅSTE FINNAS TILL HANDS NÄR DET HÄNDER

Erfarenheten visar således att kraven på flexibilitet sällan kan lösas genom en övergripande planering vare sig denna görs av en planeringsavdelning, genom regelsystem eller genom någon typ av extern ”trafikledare”. En god samordning, och därmed hög flexibilitet och god tillgänglighet, grundar sig i samarbetslösningar som innebär att berörda aktörer synkroniserar sina insatser på frivillig väg. Detta kan bara åstadkommas om det finns ett tillräckligt stort förtroende för varandra och om procedurer och system har ett tillräckligt stort socialt kapital.

Om man försöker ge sig in och ”styra” med konventionella metoder förvärras snarare problemen. Dels genom att man minskar kravet på förtroende och dels genom att sådana åtgärder försvårar möjligheterna för deltagare i organisationen att skaffa sig ett autonomt förhållningssätt till de övergripande norm- och regelsystemet.

Vill man åstadkomma en bättre synkronisering behövs därför andra former för integrerande strukturer som respek-

terar att berörda människor är autonoma aktörer. Det är fel att säga att det behövs ett helt nytt lednings- och planerings-tänkande. En bättre formulering är att de som sitter i positioner där det förväntas av dem att genomföra planering och ledning måste se sin roll i ett annat ljus.

De begrepp som växer fram i denna nya situation, och som man på olika sätt måste ta ställning till, är självstyrning, självorganisering och självsynkronisering.

- *Självstyrning* innebär att man ser sig som en självständig aktör men också med ansvar för att handla så att man stödjer det gemensamma intresset.
- *Självorganisering* innebär att man i sitt samarbete med andra professioner och grupper tar ansvar för att fördela arbetet mellan sig så att det utförs på ett tillfredsställande sätt.
- *Självsynkronisering* har som namnet antyder anknytning till tidsbegreppet – nämligen att man tar ansvar för att åstadkomma timing. Gemensamt ser man till att rätt insats görs vid rätt tid – varken för tidigt eller för sent.

Det finns fem strategier som samtidigt måste tillämpas för att göra det möjligt för medlemmarna i systemet att aktivt medverka till dessa effekter.

1. Det första är att göra det möjligt för medarbetaren att *breda aktionsradien* så att varje denne klarar fler uppgifter och därmed får större kapabilitet (förmåga) än vad man tidigare har haft. Genombrottsmodellerna motsvaras detta av att man övertar uppgifter från varandra.
2. Det andra är att genom *effektiva informationssystem* skapa en bättre överblick över läget som gör det möjligt för den enskilda medarbetaren att själv effektivt koordinera insatser, resurser och behandlingsåtgärder dels så att de bättre passar behovet hos varje enskild patient men också så att de är anpassade till vad man själv förmår och ser som rimligt att göra. Vi har uppfattat att det myckna mätandet och registrerandet i förbättringsarbetet är en del i denna strategi. Dokumenteringen på Rehabiliteringsmedicinska kliniken på Ryhovs sjukhus följer denna strategi.
3. Det tredje sättet är att bygga upp *förtroendestrukturer* genom vilka det är möjligt att samtala om och konfrontera varandra med handlande som inte är kongruent med det gemensamma intresset. Det handlar här inte bara om det förtroende som kan byggas upp i nära kontakter utan även om övergripande procedurer som behövs för att säkra att ingen blir orättmätigt anklagad och att för den

gemensamma värden destruktiva handlingar kan konfronteras.

4. Det fjärde sättet är att förbättra det som ofta kallas ”*sense making*”, dvs, förståelsen för det som pågår och för den riktning processerna kan ta.. Det faktum att alla har samma information betyder inte att man har samma uppfattning om vart skeendet ”är på väg”. Det är förståelsen för vad som kan hända i framtiden som är grunden för en god synkronisering.
5. Det femte sättet är att skapa goda och väl underbyggda *normer för kvalitativt god vård* som kan fungera som ramverk för olika insatser och som kan göra det möjligt för berörda vårdgivare att i efterhand följa upp, kritiskt granska och utvärdera vad som gjorts.

Verksamheter som byggs upp enligt dessa principer skapar en dramatiskt ökad tillgänglighet. Skälet är att systemets förmåga hela tiden förbättras genom att deltagarna allt bättre lär sig hur denna anpassning mellan utbud och efterfrågan skall kunna göras. Förutsättningen för att detta skall kunna hända är att varje medarbetare kan ta sig det handlingsutrymme som krävs och förmår att fullt ut utnyttja sin kreativitet och professionalitet.

Effektivitetsökningen bygger också på det som kallas *distribuerat beslutsfattande*. Besluten i organisationen flyttas till den plats där man kan bygga upp den bästa informationen om den situation som skall åtgärdas. Därmed kan komplexa insatser bestämmas utifrån en säkrare situationsbeskrivning. Eftersom vården bör planeras utifrån patientens förhållanden blir denna distribuerade modell sannolikt den mest optimala.

Tillgängligheten skulle med denna samarbetsprincip kunna vara oändligt stor. Om systemet består av personer med god kunskap om varandra och om hur systemet fungerar, och om alla är intränade i arbetssättet och har blixtsnabba kommunikationer och stor självständighet att fatta beslut, så skulle vilken patient som helst, om så skulle vara önskvärt, kunna bli behandlad av den bästa behandlare på just den åkomman som finns i hela världen. Detta är i princip vad som skulle hända om USA:s president skulle bli sjuk.

Det spelar därvid med dagens tekniska möjligheter egentligen ingen roll var patienten befinner sig. Huvudsaken är att denne ges möjlighet att på plats träffa en kompetent medarbetare i systemet. Beslutet skulle då kunna fattas lokalt. Information om den fortsatta behandlingsprocessen skulle därefter omedelbart kunna finnas tillgänglig för alla berörda genom olika IT-hjälpmedel.

Problemet med denna princip är förstås att den stupar på att alla måste lita på alla och att alla arbetar för systemets



bästa. Om systemet skulle bli korrumpert så att vissa behandlingar blir exklusivt förbehållen vissa grupper av patienter eller erbjuds dem av andra skäl än de som stämmer med det allmänna intresset faller systemet samman.

Den förbättrade vård som nuvarande teknikoch bättre behandlingar gör möjlig leder därför inte främst till resursproblem. Det är istället så att man i dag kan göra mycket mer med mindre resurser. Den förbättrade vård systemet skulle kunna erbjuda leder till påfrestningar på samarbetsviljan och förtroendekapitalet.

Utvecklingen leder också till att man som enskild medarbetare, var man än sitter i verksamheten, blir allt mer beroende av de relationer och de kontaktytor man kan skapa runt sig själv och att man på ett personligt plan har och kan skapa ett förtroende mellan sig och andra.

För att vidmakthålla tilliten i det stora systemet under sådana förhållanden behöver man rent allmänt ställa upp för varandra och ge varandra service på ett sätt som inte var nödvändigt tidigare. Arbetet över gränserna blir både intensivare och "tätare". Kraven på att man skall vara tillgänglig för olika insatser ökar. I princip kan man säga att utvecklingen driver mot en ökad delegering och att denna i sin tur medför att kravet på flexibilitet flyttas från toppen ned mot botten av pyramiden.

Det blir individen på arbetsplatsen – och inte enbart dennes chef eller ”planen” – som måste ta ställning till vilka åtaganden som är rimliga och önskvärda och vilka som inte är det. Man måste på plats ”ta smällen” av att de egna planerna inte alltid kan hållas. Sådana övergripande åtaganden som leder till att man i princip skall vara oändligt tillgänglig kan av många kännas orimliga.

Ett exempel på denna problematik i Siv Bäck-Petterssons rapport<sup>91</sup> är att hon konstaterar att vården i många fall skulle kunna förbättras om vissa befattningshavare kunde göra sig ”otillgängliga”. En annan fråga av samma karaktär som diskuteras i hennes rapport är att avskaffa telefonierna och istället se till att den allmänna kompetensen och möjligheterna att ge klara besked ökar.

---

91 Bäck-Pettersson 2001a; 2001b



## *Tillgänglighet som ett utbudsproblem*

### FÅR VI DEN SERVICE VI BETALAR FÖR?

Siv Bäck-Pettersson<sup>92</sup> skriver i sin omfattande studie av tillgänglighetsbegreppet att detta har flera innebörder och att det kan tolkas på många olika sätt. Hon skriver i rapporten att hon inte genom sin studie kunnat fånga någon enhetlig definition och anser att detta visar på betydelsen av att utveckla en gemensam begreppsapparat. Hon föreslår följande definitioner av tillgänglighet

- medborgaren får kontakt med sjukvård, kultur och utbildning genom tillfredsställande kommunikationsmöjligheter (fysisk dimension),
- medborgaren får kontakt med sjukvård, kultur och utbildning inom rimlig tid samt vid acceptabel tid på dygnet (tidsmässig dimension),
- medborgaren erhåller sjukvård och kan delta i kulturlivet på en acceptabel nivå, oberoende av betalningsförmåga (ekonomisk dimension),

---

92 Bäck-Pettersson 2001a; 2001b

- medborgaren har kunskaper om sjukvård, kultur och samhälle som medför att de utifrån sina behov kan söka rätt utbudspunkter (konceptuell dimension),
- medborgaren förstår information och skrivelser som rör vård, kultur och samhälle (intellektuell dimension)
- kommunikationen och mötet mellan å ena sidan medborgaren och å andra sidan politiker samt yrkesverksamma, inom regionens sjukvård, kultur och utbildning, baseras på ömsesidig tillit, förståelse och respekt (mellanmänsklig dimension).

Vi tycker i motsats till Siv Bäck-Pettersson att hennes resultat pekar på att det huvudsakligen är en enda och begränsad dimension av tillgängligheten som diskuterats i hennes rapport. Samtalen i hennes fokusgrupper verkar ha lett fram till att tillgänglighet i huvudsak uppfattas som en egenskap hos det utbud som sjukvårdssystemet erbjuder.

I ett kund-leverantörssystem balanseras utbud och efterfrågan. Någon oändlig efterfrågan kan i enligt teorin inte uppstå. Utbud och efterfrågan skall kunna regleras av pris-mekanismen. Om kostnaden skulle bli för hög skulle priset höjas och efterfrågan minska. Om efterfrågan skulle bli för hög skulle en begränsad kapacitet göra att priset skulle

höjas och därigenom dämpa efterfrågan. En sådan princip är orimlig om man tänker sig att vi alla har ansvar för samhällets välfärd. Det verkar därför finnas en bred enighet om att livsnödvändiga varor och tjänster också skall distribueras till de som ”inte kan betala”. Sjukvård kan därför inte följa en konventionell kund- leverantörsmodell.

En aspekt av detta problem behandlas av Rothstein<sup>93</sup> som beskriver det som allmänningens tragedi. Problemet med allmänningar (resurser som alla har fri tillgång till men också måste vara rädda om - exempelvis miljön, fiskevattnen etc.) är enligt Rothstein att icke-samarbete lönar sig på kort sikt bättre för individen än vad samarbete gör, samtidigt som icke-samarbete gör att alla långsiktigt förlorar.

När man använder en tankestil som tar utgångspunkt i att staten ger medborgarna en service som de betalar för så följer av detta att varje kund förväntas maximera sitt utbyte av vårdssystemet utan hänsyn till de andra. En rent kommersiell form av reglering genom en prismekanism skulle lösa detta problem men är inte möjlig. Att å andra sidan reglera utbudet på andra grunder än ”kundernas” önskemål skapar problem med trovärdigheten eftersom en sådan reglering i så fall måste accepteras av kunderna som ”rättvis” i förhållande till andra kunder vilket inte är kongruent med köp-sälj-modellen.

---

93 Rothstein 2003

Ett illustrativt exempel på hur grundmurad denna service-tanke är finner vi i just i Siv Bäck-Pettersons rapport. Samtidigt är den orimlig varför vi måste söka oss andra vägar för att förstå vad det egentligen handlar om. En indikation på detta får vi när vi läser Bäck-Petterssons resonemang om den ekonomiska dimensionen. I denna framställs staten – inte medborgarna själva – som köpare och landstingen som producent av tjänster.

Enligt den svenska modellen är det servicegivarens, i detta fall landstingens, sak att inom ramen för de ersättningar som utgår från staten – och som man får del av genom skatter och avgifter – ordna förhållandena så att utbudet kopplas till ersättningens storlek.

Nu skall man inte tolka det så att det handlar om fysiska penningströmmar. Vi talar här om den *berättelse* som verkar styra resonemang och analyser. Om landstingen uppfattar sig som serviceleverantörer till medborgarna och man gemensamt uppfattar "staten" som "beställare" så spelar det ingen roll hur pengarna faktiskt strömmar i systemet. De blir låsta av de beslut som kan och får fattas av de som är legitimerade att tala i statens namn.

När man utfärdar prioriteringslistor och argumenterar för att oron för långa vårdköer är ogrundad så vänder man sig därför inte till patienter och medborgare. Man vänder sig till de som representerar "staten" som köpare av tjänsten. Det är staten som skall tro att staten "får valuta för peng-

arna”. Därmed faller också diskussionerna om arbetsmiljön på plats. Det är servicegivarens – dvs. landstingens sak – att för de pengar de får sig tilldelade se till att arbetsförhållandena är goda för de som arbetar i dem.

Genom detta resonemang skapas en rundgång i systemet. Logiken stödjer att man bara behöver tala med sig själv – dvs. de som redan ingår i besluts- och finansieringssystemet. Samtalen inom en sådan modell kommer att fokusera på verksamhetstekniska problem och definitionsfrågor och statistiska referenser snarare än om vården är bra eller dålig i ett *medborgarperspektiv*.

Om resonemangen följer en sådan modell så är patienterna dessutom effektivt frikopplade från ett medborgaransvar. Då de kan se sig som slutkunder kan de i princip begära vad som helst från sin servicegivare landstinget med hänvisning till att man vill få det man ”betalar för”. Det svenska systemet har med denna tankefigur åstadkommit en kund-leverantörsmo- dell där efterfrågan kan bli oändlig och missnöjet omöjligt att undvika.

Detta kan förklara varför det är så nödvändigt att knyta utsagor om tillgänglighet i vården till frågan om bristande resurser. Man kan med denna koppling göra bristande tillgänglighet till en enkel budgets- och prioriteringsfråga. Överdrivna krav från befolkningen och kritik från vårdpersonal kan då lättare avfärdas.



Går man djupare i frågan finner man också att det vanligaste argumentet för bristande tillgänglighet och långa köer är att man inte har tid, varken att göra vad som behövs eller att tänka över hur verksamheten skulle kunna ordnas så att den tid man har kan användas mest effektivt. Tid uppfattas därvid som en ren kostnad. Mer tid kräver mer pengar.

Modellen läser därvid fast en koppling mellan tid, resurser och kostnader som motverkar möjligheten att se tillgängligheten som ett tillitsproblem. Det ligger därför underförstått att en bättre tillgänglighet alltid handlar om att staten antingen måste tillförsäkra landstingen en större ersättning eller kräva att dessa utnyttjar de resurser man redan har på ett bättre sätt.

Inga resurser är oändliga. Vi menar därför att man istället borde kunna uppfatta utbudet som ett politiskt problem som inkluderar samtal som formas kring ”allmänningfrågan”. Patientens upplevelse av bristande tillgänglighet behöver då inte fastna i resursfrågan. Avvägningar måste alltid ske. Detta är inget märkligt eller onaturligt. Sådana bedömningar gör var och en av oss dagligen.

Att olika aktörer upplever en i deras ögon otillräcklig tillgänglighet behöver heller inte tolkas som en brist i service-systemet. Den otillräckliga tillgängligheten kan lika gärna tolkas som en brist i de ”politiska” samtal som förs om hur allmänningen bäst bör disponeras för att utbudet skall vara rimligt, rättvist och produktivt i ett samhällsperspektiv.

## *Tillgänglighet som en rättighet*

I en mängd texter utgår man från att patienten skall vara så välinformerad och kunnig att denne kan ställa krav på och välja de behandlingsformer som är mest lämpliga för honom/henne. Politiskt kan man se frågan som en förhandling mellan medborgare och huvudmän om vilket utbud som skall erbjudas.

Idealiskt sett så väljer patienten alltid rätt. Utbudet är rätt om medborgarna anser att det täcker deras behov. Tillgänglighet kan då definieras som en fråga om lämpliga utbudspunkter, god patientkunskap, god information och en tillfredsställande kommunikation.

Tillgänglighetsfrågan inrymmer emellertid också ett annat viktigt område för vårdens effektivitet – och därmed också medarbetarnas välbefinnande – nämligen hur man som behandlare ser på patientens behov av behandling och tillgänglighet. Observera att vi inte talar om den faktiska tillgängligheten för patienten utan den vikt en professionell person lägger vid att en patient får tillgång till en viss vård.

Behandlaren gör nämligen bedömningar om vilka problem, eller vilken skada som kan uppstå, för patienten som en följd av en i behandlarens ögon ”dålig” tillgänglighet och behandling. Denna bedömning skiljer sig med all säkerhet från patientens egen eller från bedömningar av olika lekmän.

Frågan har därför att göra med den professionella aktörens heder och dennes samhällsengagemang. Det är behandlaren som inför sig själv måste stå till svars för sina val, som måste möta patientens oro, osäkerhet, rädsla och ilska och sina kollegers tänkbara klander. Det är behandlaren som måste förklara sig utifrån det professionella samfundets ”sensus communis”.

Alla diskussioner om tillgänglighet – och om den är önskvärd eller dålig – aktualiserar denna professionella syn på hur patienter med olika besvär borde behandlas och vad de egentligen har ”rätt till”. Sådana personliga bedömningar skiljer sig förstås från vad kolleger tycker, vad andra yrkesgrupper tycker, vad lekmän tycker och även från vad patienten själv tycker. Det finns här en grund för konflikter eller i varje fall ett mentalt gap.

Dessa konflikter aktualiserar både en resursfråga och en arbetsmiljöfråga. Resursfrågan hänger samman med att professionella personer i olika positioner genom sin kunskap naturligtvis kan se potentialer som inte utnyttjas och som borde utnyttjas bättre. Arbetsmiljöfrågan hänger samman med att man som professionell person kan bli frustrerad av

det faktum att man inte får ge den behandling eller erbjuda den vård man enligt sin egen professionella bedömning anser patienten har rätt till.

Man bör då även uppmärksamma att det också här handlar om tillit och förtroende. Det är omöjligt att föreställa sig att en vårdtagare helt ut skulle kunna sätta sig in i och förstå de resonemang som en kompetent behandlare för och de argument denne har för att en viss åtgärd är att föredra framför en annan. Samtidigt finns det egentligen ingen annan anledning att följa sådana rekommendationer än det förtroende man har för den professionelle aktören och det system denne verkar i.

Förutsättningen är förstås att man kan lita på att de åtgärder som föreslås, trots att man inte helt förstår dem, är motiverade utifrån den professionelle aktörens önskan att fullt ut använda sin kompetens för patientens eget bästa. Skulle man drabbas av tvivel på att man inom sjukvården av olika skäl bara ger sådana behandlingar som är populära och på ”modet” eller väljer de som är rekommenderade från högre ort så bryter förtroendet samman.

Av detta skäl är den interna diskussionen om vad som är bäst för patienten en nödvändig förutsättning också för att medborgare och vårdtagare skall få förtroende för sjukvården som institution. Ser man relationen mellan vårdgivare och patient enbart som ett kund-leverantörsförhållande eller som ett resultat av en förhandling mellan huvudmän och

stat kommer sådana samtal att ligga utanför den politiska intressesfären.

Frågan som genast väcks är vem man kan lita på. Skapar de prioriteringslistor som utarbetats exempelvis i Västra Götalandsregionen det förtroende som behövs? Också här kan vi få ett svar genom Rothsteins forskning.

Rothstein konstaterar exempelvis att det inte enbart är det rättvisa beslutet som är det viktiga - om man exempelvis fick bidrag, om man blev fälld i domstolen eller är nöjd med daghemmet. Människor är minst lika intresserade av huruvida proceduren som ledde fram till det slutliga resultatet kan betraktas som rättvis.<sup>94</sup>

Frågan här är således vilka procedurer och arbetsformer som skall tillämpas för att de olika prioriteringarna skall uppfattas som rimliga grunder för en avvägning av olika vårdinsatser – räcker det verkligen med att några experter satt sig ner efter en ”metod” och med någon typ av poängsystem räknat ut vad som skulle vara rättvist?

Vår erfarenhet är att denna typ av bedömningar aldrig kan vara absoluta. De måste därför behandlas i en kontinuerlig retorisk process som involverar en mängd olika intressen och perspektiv. Det måste med andra ord föras en ny typ av demokratisk diskussion – men det är en annan historia.

---

94 Kumlin och Rothstein 2003

## *Resurser att räkna med och att inte räkna med*

Vi skall här med utgångspunkt från våra samtal i fokusgrupperna och från de analyser vi presenterat i denna rapport försöka sammanfatta vilka nya resurser som visat sig vara viktiga för en patientfokuserad verksamhet. Vi har inget bra sammanfattande namn på dessa nya kompetenser. Som ett arbetsnamn har vi valt *kapabilitet* – nämligen att man är kapabel att gripa in och hantera de situationer som löpande uppstår i verksamheten.<sup>95</sup>

Så här ser vår lista på de nya resurserna ut:

- *Professionalitet* dvs. att ha en gedigen kunskap om verksamhetens natur.
- *Kreativitet* dvs. att man känner sig bekväm med och ger sig själv tillåtelse att agera på nya sätt utifrån situationens krav.

---

95 Kapabilitet associerar till "förmåga" som i sin tur kan uppfattas som en förmögenhet, det vill säga en tillgång som individen och/eller gruppen har och som kan efterfrågas och därmed värderas i pengar.

- *Omdöme* dvs. att man tar ställning till vad som skulle vara önskvärda utfall, kan beskriva sitt handlande i relation till detta och hur man anpassat detta till samspelet i verksamheten.
- *Improvisationsförmåga* dvs. att hantera den obestämthet som varje social interaktion medför.

### **Framväxten av en ny organisatorisk kunnighet**

I vad mån dessa resurser framgångsrikt kan få utlopp är emellertid beroende av hur de andra förmår delta i ett mer "fritt" samspel än det vi vant oss vid under industrisamhället. Därför kan dessa potentialer bara utnyttjas i de fall då personen kan lita på att *de andra* har tillräcklig insikt i samspelets förutsättningar och karaktär.

Det krävs således att det växer fram en ny typ av organisatorisk kompetens än den regelkunskap som präglade industrisamhället.<sup>96</sup>

---

96 En utförliga genomgång av skillnader i organisatorisk kompetens mellan industrisamhället och det professionella samhället finns i Wennberg och Hane (2003)

När vi använder oss av fokusberättelserna så kan vi formulera vilken organisatorisk kompetens *hos de andra* som en medarbetare måste ta ställning till inför sina val:

- *Behov av kollektiv kompetens.* Vad förstår de andra av vårt gemensamma arbete och hur kommer de att tolka mitt agerande? Kommer de att förstå mina intentioner? Kan de knyta an till mina insatser?
- *Bedömning av det existerande sociala kapitalet.* Vad är de andra beredda att ställa upp på när det gäller att åstadkomma det gemensamt önskvärda?
- *Betroddhet och legitimitet.* Vilken trovärdighet har jag i de andras ögon? Kommer de att ta hänsyn till mina antaganden, tolkningar, beskrivningar och förslag eller inte? Är jag betrodd att göra det jag ämnar ta mig för? Hur kan vi bygga upp betroddhet och legitimitet?

Visst kan man säga att professionalitet, kreativitet, omdöme och improvisationsförmåga är resurser men dessa resurser kan inte alltid utnyttjas. Kan man då säga att de "finns"? När man därför närmare funderar över denna fråga så finner man att resursbegreppet blir synnerligen diffust och missvisande.



## Resurser, kapital och potential

När man talar om resurser tänker man sig ofta något som finns och som ligger där och väntar på att bli använt. Ungefär som de 90 ton guld som sägs ligga under en markbit i finska lappmarken. Problemet med sådana resurser är att de inte med säkerhet kan bli tillgängliga och användas. Det är först när detta är säkerställt som man kan säga att de utgör ett kapital. Ett kapital är således något som kan omvandlas till en användbar resurs.

Semantiskt är det intressant att notera att det är först när något blir uppmärksammat som en resurs som man kan tala om kapital.<sup>97</sup> Förståelsen för vikten av kunskap i arbetslivet har således gett namn till det som kallas intellektuellt kapital. Samma sak med tillit. Först när betydelsen av tillit uppmärksammas har man haft anledning att tala om socialt kapital.

Här kan ordvalet emellertid spela oss ett spratt. Försöken att likställa denna typ av resurser med de man kan skriva in i en resultats- respektive balansräkning kan spela oss oanade spratt. Många sådana ”nya” resurser är visserligen resurser men de är inte alltid sådana att de förbrukas när de används eller kan ansamlas för senare bruk som ett kapital. Detta gör ofta resursdiskussionen förvirrande och motsägelsefull.

---

97 Rothstein 2003

När människan – och det som kallas för hennes resurser – inordnas i analyserna kan missförstånd rörande de nya resursernas natur få negativa konsekvenser. Man kan tro att det finns resurser - men dessa kan vara som guldet i finska lappmarken. Man kan tro att vissa resurser skulle gå att använda på ett visst sätt men det kan visa sig att detta är omöjligt. Man kan tro att det alltid är en fördel att dra nytta av människors förmågor men som vi skall se kan det visa sig att just detta kan vara ohälsoskapande.

### **Några olika sorters ”resurser”**

Vi skall här försöka oss på en liten analys av sådant som kallas ”resurser” men som måste behandlas helt olika i analyser och resonemang:

1. Det finns resurser som förbrukas genom att de används - exempelvis energi och i viss mening pengar. Detta är det resursbegrepp vi vanligen använder och som vi lärt oss hantera. Det finns emellertid också resurser som inte förbrukas utan kan återvinnas. Människan kan exempelvis utträtta arbete men resursen förbrukas inte. Den är alltid tillgänglig. Detta gäller emellertid endast under förutsättning att det skapas tillfällen för vila och återhämtning. Detta måste därför tas med i analysen.

2. Det finns också resurser som inte förbrukas genom att de används – exempelvis förtroende och socialt kapital. Till skillnad från vad som ofta anges så kan dessa resurser inte ”byggas upp” och ansamlas. De finns där som en konsekvens av tidigare handlingar men är inte beständiga. De kan helt försvinna om det tidigare handlandet uppfattas som falskt genom exempelvis ett svek.
3. Det finns resurser som inte kan lagras, som är begränsade, som är knutna till nuet och som därför måste användas väl i ögonblicket. De är ofta en förutsättning för att något alls skall bli gjort - exempelvis tid, hälsa, engagemang etc.
4. Det finns resurser som ökar genom att de används men som försvinner när de inte används – exempelvis kunnighet.

Ett problem när man diskuterar patientfokusering är att ”arbete” i dess egentliga mening att fysiskt uträtta något är en relativt liten del av vårdinsatsen. Begreppet ”återhämtning” kan då lätt missförstås och kopplas till fysisk återhämtning vilket det inte alls behöver vara fråga om.

De resurser som använts i det patientfokuserade arbetet behandlas nästan inte alls i några analyser. Förekomsten och utnyttjandet av dessa resurser tar man på något sätt ”för givet”. Ofta bedöms de också felaktigt.

## **Det normativa förtroendet**

Det sägs exempelvis ofta att man bör ha förtroende för varandra. Chefer skall lita på sina anställda och anställda skall lita på sina chefer – även om det är uppenbart att de handlingar som förevarit gjort detta närmast omöjligt. Man ser tillit som en dyadisk funktion. Antingen har man tillit till någon eller också har man det inte.

Margrethe Lund<sup>98</sup> konstaterar i en aktuell bok att tillitsfrågan är kopplad till en utveckling av medvetandet från en monadisk form, över en dyadisk och till en triadisk. Den monadiska formen saknar avgränsning till andra och där bristande tillit inte kan existera. I den dyadiska formen har det uppstått en gränsdragningsproblematik där man litar på det man känner igen och misstror allt främmande. Först i den tredje utvecklingsfasen - den triadiska - är det möjligt att ta egen ställning, överväga och på bas av befintliga handlingar och informationer *välja* om man kan lita på något/någon eller inte.

I det organisatoriska arbetet liksom i all mänsklig samverkan är det autonoma förhållningssätt som den triadiska formen medger önskvärd. Samtidigt kan denna inte utvecklas om man inte löpande får anledning att pröva sitt förtroende. Att tvingas in i någon typ av normativa krav att man *skall ha* förtroende blir då alldeles befängt.

---

98 Lund 2001

## Det oklara yrkeskunnandet

Man förutsätter också ofta att kunskaper är något absolut som kan graderas i poäng och meriter och en tillgång som uppstår när man väl har genomfört en utbildning. Analysen utgår från föreställningen att man ”tar kunskaper med sig” från utbildningen till jobbet.

Det är i allmänhet tvärtom. Kunskaper måste alltid användas och utvecklas för att bibehållas. Även om monotona och rutinmässiga uppgifter kan bli mer effektivt utförda just genom att man genomför dem rutinmässigt så är just denna arbetsform destruktiv för utvecklandet och bibehållandet av resursen kunnighet. Man får samma erfarenhet en miljon gånger men är oduglig för att göra något annat.

Den skådespelare som aldrig får spela Hamlet och alltid bara göra vad denne redan kan utvecklas inte. Förutsättningen för att utvecklas är att man sätts i arbete på *det man inte redan kan*. Detta är en i många fall orimlig tanke i arbetslivet men alldeles nödvändig om kunnighet och erfarenhet skall utvecklas.

Denna analys visar att tanken på kunnighet som ett kapital eller en resurs som redan finns är alldeles olämplig. Man kan knappast ens tala om resurs. Möjligheten att utveckla kunnighet hänger främst ihop med vad de andra kan och hur man gemensamt kan ordna arbetet så att vars och ens kunnighet kan växa.

## **Är tiden en resurs?**

En oförståelse av tidens natur leder i vår tid ofta till ohälsa på arbetet. Tid behandlas ofta som om den vore en resurs likvärdig med pengar. Detta kanske inte är så underligt. Tid är en kostnad eftersom man betalar för arbetstid. Att få tillgång till någons arbetstid är också en möjlighet av samma skäl. Utan tid kan inget göras. I detta resonemang blir arbetstid en förbrukbar resurs. Den arbetstid som inte har använts väl kan inte återfås. Tiden ser därför ut att vara ett kapital som man skall förvalta och ta vara på efter samma principer som pengar. Detta är en tankevilla.

Tidsbrist – jag har inte tid - brukar vara det vanligaste argumentet för att man inte kan medverka i olika aktiviteter eller göra vad som behövs. Ett vanligt motargument är då att detta problem kan lösas genom en bättre tidsanvändning. Man tänker sig då att det skulle bli möjligt att genom rationalisering av tidsanvändningen ”få tid över” och engagera sig i det man behöver engagera sig i.

När det gäller diskussionen om nedläggningen av vårdcentraler i Göteborg konstaterade man således att man hade ”mätt” vad läkarens tid användes till. 42 procent av tiden var direkt patienttid, 29 procent var indirekt patienttid, 13 procent var utbildning och annat arbete var 18 procent.

På artikelförfattarna och på de ansvariga beslutsfattarna låter det som om det vore möjligt för läkarna att viljemäs-

sigt förändra denna tidsanvändning på samma sätt som man skulle välja ett annat sätt att disponera sina pengar.

Förutsättningen för en sådan omdisponering är att det skulle vara möjligt att viljemässigt dela upp och strukturera arbetstiden. Denna tanke har uppkommit ur den tayloristiska tankemodellen och gäller för arbetet vid ett löpande band. I denna arbetsform tvingas arbetaren anpassa sig till arbetets upplägg. Tidsförbrukningen har då inget med personens egen vilja att göra. Det är bara att foga sig efter den hastighet bandet har och hur arbetet i övrigt är strukturerat.

Det handlar således inte om någon viljemässig och medveten strukturering utan snarare om att man passivt tvingas reagera på de stimuli som kommer utifrån. Denna typ av arbetsformer har vi av olika skäl övergett eftersom just en sådan yttre styrning visat sig ha negativa effekter på hälsan. Skälet till detta var att en sådan strukturering av tiden var destruktiv. Vi tvingas numera se medarbetaren som en självständig person *som lever i sin tid och lever sin tid*.

Till skillnad från produktionsteknikern som kunde bestämma över tiderna som skulle användas vid det löpande bandet så är därför den tid man mäter inte en omdisponerbar resurs. Tid är inget man kan bestämma över. Tid är något man lever i.

Att tvingas fokusera på sin tidsanvändning, tvingas disciplinera sig och tvingas strukturera sin tid kan tyckas vara ett

bra sätt att hinna med mycket. Det är emellertid också ett sätt att öka stressen och innebär därmed en hälsorisk. Det visar sig nämligen att just en sådan tidsfokusering blockerar möjligheten att uppleva tiden för vad den också är – nämligen ett flöde.

### **Kognitiva störningar och utbrändhet**

En kontinuerlig fokusering på tidsanvändningen och på föreställningen att tiden skall vara ”nyttig” kan leda till en förvrängd tidsuppfattning i förhållande till den fysiska verklighet man måste hantera. En sådan fokusering kan därför leda till kognitiva problem. Man kan drabbas av hjärnstress eftersom hjärnan av en sådan improduktiv aktivitet överstimuleras i förhållande till vad som händer i kroppen i övrigt.

När hjärnan blir trött kan dess aktivitet frikopplas från kroppen och gå på högvarv. Tidsanvändningen blir så småningom viktigare än lusten att leva. Eftersom hjärnans trötthet är annorlunda än kroppens har vi inte lärt oss att uppmärksamma dessa trötthetssymptom på samma sätt som vår kroppsliga trötthet. Detta kan leda till ohälsa - utbrändhet.<sup>99</sup> För att bota denna åkomma – och återvinna förmågan till

---

99 Uppkomsten av stressregleringsstörningar beskrivs i Wennberg och Hane (2000), Hjärnstress beskrivs i Hane och Wennberg (2000b) och Wennberg, Hane, Beskow (2001)



stressreglering - måste man återfå känslan av tiden som ett flöde. Att vara ”utbränd” – eller andra liknande kognitiva störningar – innebär därför ofta att man inte kan engagera sig i aktiviteter som kräver att man strukturerar sin tid. Därmed är man utslagen från de flesta moderna arbetsplatser och olika sociala aktiviteter.<sup>100</sup>

Att förstå dessa mekanismer är således av vikt både för att hantera arbetslivet så att det inte medför ohälsa men också för att skapa ett arbetsliv som passar människor som drabbats av sådana problem. Misstag i dessa analyser kan således förklara varför rehabiliteringsinsatser ofta misslyckas. Arbetet är helt enkelt inte ordnat så att tiden kan uppfattas som ett flöde och arbetet ges den rytm det behöver ha.

Att räkna med tid som en resurs av samma slag som exempelvis pengar kan därför medföra allvarliga hälsorisker, minskade möjligheter att hantera sjukskrivningar, försvåra återgång till arbetet och bromsa utvecklingen mot en större välfärd.

---

100 Hur utbrändhet yttrar sig framgår av Krauklis och Schenström (2001) och Perski (2002). I rapporten ”Rehabilitering av rehabiliteringskunniga” illustreras de kognitiva problemens natur genom de intervjuer som gjorts och där konstateras att arbetet så som det normalt ordnas sannolikt förvärrar denna typ av ohälsa (FSA och Hane 2004).

## *Referenser*

- Abrahamsson L. (2000): Att återställa ordningen. Könsmönster och förändring i arbetsorganisationer. Umeå: Borea Bokförlag.
- Argyris C (1990): Overcoming organizational defenses. Boston: Allyn and Bacon.
- Alvesson M och Deetz S (2000): Kritisk samhällsvetenskaplig metod. Lund: Studentlitteratur.
- Arbetsmiljöverket (2002 a): Ohälsa och negativ stress i ett arbetsliv i förändring. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2002 b): Från frustration till total utmattning. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbnor I och Bjerke B (1994): Företagsekonomisk metodlära. Lund: Studentlitteratur.
- Asplund J (1991): Essä om Gemeinschaft och Gesellschaft. Göteborg: Korpen.

- Asplund J (2003): Genom huvudet. Problemlösningens socialpsykologi. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- Axelsson J, Bergman B (1999): Att bygga och riva pyramider - offensiv kvalitets och arbetsutveckling. I: Nilsson T (red): Ständig förbättring - om utveckling av arbete och kvalitet. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Barklöf K (red) (2000 ): Vägval? - En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.
- Brolin G, Ekstedt E (2003): Ett hållbart arbetsliv kräver legitimitet – dags för ett nytt arbetsorganisatoriskt kontrakt. I: von Otter C (red): Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete. Arbetsliv i omvandling 2003:8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Brolin G, Nilsson T (1995): Läran om arbetets ekonomi - om arbete och produktivitet i modern produktion. Stockholm: Tiden.
- Bäck – Pettersson S (2001 a): Patienten värderar tillgängligheten till vårdcentralen – kontakt, kompetens och kontinuitet är viktigast. Göteborg: Regionens Hus.
- Bäck – Pettersson S (2001 b): Tillgänglighet till Västra Götalandsregionens verksamheter – medborgarna beskriver sina uppfattningar. Göteborg: Regionens Hus.
- Deming W E (1993): The new economics: for industry, government and education. Cambridge: MIT.

- Eriksen E O (1997): Kommunikativt ledarskap. Om styrning av offentliga institutioner. Görteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Fallsberg M (1991): Reflections on medicines and medication. A qualitative analysis among people on long term drug regimens. Linköping Studies in Education. Dissertations No. 31.
- Fallsberg M (1993): Lyssna och lär – att kommunicera kring mediciner och behandling. Stockholm: Apotekarsocietets förlag.
- Fleck L (1997): Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum. Inledning till läran om tankestil och tankekollektiv. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposium.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Hane M (2004): Rehabilitering av rehabiliteringskunniga. Åtta arbetsterapeuter berättar om sina erfarenheter. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Hane M, Wennberg BÅ (2002): Samtal med arbetsterapeuter - om arbetampljans brister, risker och glädjeämnen. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
- Forslin J, Kira M (2000): Från intensiva till uthålliga arbetsystem – en litteraturstudie. I: Barklöf K. (red): Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

- Gärdenfors P (2000): Hur Homo blev sapiens. Om tänkandets revolution. Nora: Nya Doxa.
- Giertz E (1999): Kompetens för tillväxt. Om verksamhetsutveckling i praktiken. Stockholm: Celemi International AB.
- Goldkuhl G (1998): Handlingars vad, vem och var – ett praktikteoretiskt bidrag. Arbetsrapport 980919. Linköping: CMTO Linköpings Universitet.
- Gustavsson B (2001): Kunskapsfilosofi. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Hane M (1999): Processer som slår ut respektive integrerar oss i arbetslivet. Abonnemangsrapport 73. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.
- Hane M, Wennberg B-Å. (2000a): Mångfaldens potential. Strategier för att göra originalitet och kreativitet till en tillgång i arbetslivet. Abonnemangsrapport 81. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.
- Hane M, Wennberg B-Å (2000b): Leder dagens ohälsa till nya folksjukdomar? Presentationer och belysning av frågor som väcktes på en konferens den 23.11 2000, arrangerad av Försäkringskassan, Kommunförbundet, Landstinget, Yrkesinspektionen och Länsarbetsnämnden i Västmanland. Västerås: Försäkringskassan.

- Hane M , Wennberg BÅ (2003): Starkare arbetsterapi – bättre primärvård. Tre berättelser om relevant kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Ett samarbetsprojekt mellan Familjemedicinska institutet (FAMMI) och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). Abonnemangsrapport 102. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.
- Hansson H (1998): Kollektiv kompetens. Göteborg: Bokförlaget BAS.
- Hansson N (1998): En askungesaga – om destruktiva konsekvenser av organisationsförändringar. Abonnemangsrapport 68. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.
- Johannisson K (2001): Den moderna tröttheten. Från överansträngning till stress, kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet. Bilaga i : Näringsdepartementet: Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv. En handlingsplan för att förnya arbetsmiljöarbetet. DS 2001: 28.
- Johannisson K (2003): Diagnosen frälser och förbannar. Axess nr 5 2003, sid 33-35.
- Johansson I (1986): Bortom objektivism och relativism. I Selander S. (red): Kunskapens villkor. En antologi om vetenskapsteori och samhällsvetenskap. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson C, Ågren P (1999): Magra organisationer – en fältstudie. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

- Krauklis M, Scherström O (2002): Utbrändhet – den nya folksjukdomen. Johanneshov : Bokförlaget Robert Larsson AB.
- Kumlin S, Rothstein R (2003): Staten och det sociala kapitalet. I Pierre J, Rothstein B : Välfärdsstat i otakt - om politikens oväntade, oavsiktliga och oönskade effekter. Lund: Liber Ekonomi.
- Landstingsförbundet (1998): Genombrott - att korta köer och väntetider till och inom hälso och sjukvården. Ett pilotprojekt för att pröva en ny modell för systematiskt förbättringsarbete. Best nr 1821. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet (1999): Genombrott II - att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. Från test till spridning av en fungerande arbetsmetod. Best nr 1934. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet (2003a): Bättre flyt i vården. Presentation på [www.lf.se](http://www.lf.se) . Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet (2003b): Att vänta på vård. En analys av tillgänglighet i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Lövqvist J, Thanki S, Werthén C (2002): Ideal Modell - en ny förändringsmetod inom landstinget. Kandidatuppsats 10p. HT 2002. Stockholm: Stockholms Universitet, Företagsekonomiska institutionen.

- Lund M (2001): Tillit och mänsklig utveckling. I: Aronsson G, Karlsson Ch (red): Tillitens ansikten. Lund: Studentlitteratur.
- Månsson P (red)(1995): Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar och teoretiker. Stockholm: Rabén Prisma.
- Marmgren L, Ragnarsson M (2001): Organisering av projekt. Från ett mekaniskt till ett organiskt perspektiv. Stockholm: Fakta Info Direkt.
- Nilsson B, Almfeldt B (2001): Från kris till pris - med patienten i centrum. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Nilsson T (red) (1999): Ständig förbättring - om utveckling av arbete och kvalitet. Helsingborg: Arbetslivsinstitutet.
- Normann R. (1983): Service management. Ledning och strategi i tjänsteproduktion. Bättre Ledarskap. Stockholm: Liber.
- Palm K (2003): Revolutionen som kom av sig. Avbyråkratisering och medarbetarskap. En studie av ett projekts våndor och svårigheter. Stockholm: Licenciatavhandling KTH, institutionen för ekonomi och organisation. TRITA IEO-R 2003:2.
- Perski A (2002): Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Pierre J, Rothstein B (2003): Välfärdsstat i otakt. Om politikens oväntade, oavsiktliga och oönskade effekter. Lund: Liber Ekonomi.



Ramirez JL (1995): Skapande mening - en begreppsgenealogisk undersökning om rationalitet, vetenskap och planering. Avhandling 13:2. Stockholm: Nordiska institutet för samhällsplanering.

Ramirez JL (2001): Den omhuldade friheten, vad är det? I Socialstyrelsen: Utan fast punkt. Om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

Riksförsäkringsverket (2003): Psykosocial arbetsmiljö & långvarig sjukskrivning. RFV 2002:3.

Rosengren M (2002): Doxologi. En essä om kunskap. Åstorp: Rhetor förlag.

Rothstein B (2003): Sociala fällor och tillitens problem. Kristianstad: SNS Förlag.

Sjöstrand S-E (1999): Om ledarskap i näringslivet. I: SOU: Individen och arbetslivet. Perspektiv på det samtida arbetslivet kring sekelskiftet 2000. Stockholm: SOU 1999: 69.

Strindhall M, Pettersson A, Andreasson S, Henriks G (2003): När tiden inte räcker till. En handbok i tillgänglighet. Jönköping: Kultorum, Landstingen i Jönköpings län. SOU (2002): Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. SOU 2002:5

- Thorsrud E, Emery F (1969): Mod nye samarbejdsformer. Eksperiment i industriell demokrati. Oslo:Steen Hasselbachs Förlag.
- Todd E (2002): Låtsasimperiet. Om det amerikanska systemets sönderfall. Stockholm: Bokförlaget DN.
- Trygghetsfonden (2002): Bra mottagning. Bättre tillgänglighet i vården. Rapport 3/2002. Stockholm: Trygghetsfonden.
- Wahlund I, Nerell G (1976): Tjänstemännens arbetsmiljöer. Arbete, hälsa, välbefinnande. Stockholm:TCO.
- Wennberg B-Å (2002): Samarbetsdynamik. Abonnemangsaktiviteter 2003. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.
- Wennberg B-Å, Hane M ((2000): Onda cirklar kan brytas. Dokumentation från ett arbetsseminarium kring psykosocial ohälsa mellan forskare och praktiker 02.11 1999. Örebro: Försäkringskassan.
- Wennberg B-Å, Hane M (2003): Omriktning för det professionella samhället. Utgångspunkter för nya resonemang om utbildning och utbildningseffekter. Abonnemangsrapport 99. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.
- Wennberg B-Å, Hane M, Beskow J (2001): Samtal som formar ett psykiskt friskt arbetsliv. tankar och reflektioner utifrån ett arbetsmöte på Forum Bräcke 27.10 2000. Abonnemangsrapport 86. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.



# Bilaga



## *Om Kunskapsabonnemanget Samarbetsdynamik*

Samarbetsdynamik AB är ett självständigt, oberoende och uppdragsfinansierat forskningsinstitut kring frågor som rör samverkan i olika typer av verksamheter. Vi har i vår arbetsform inspirerats av den i litteraturen väl beskrivna metod som kallas fokusgrupp. Vi har också tagit intryck av den långa traditionen från Kurt Levin och aktionsforskningen. När det gäller den teoretiska plattformen utgår vi huvudsakligen från den humanvetenskapliga handlingsteorin, med rötter redan i antiken och hos Aristoteles, så som den utvecklats och beskrivits av José Luis Ramírez, professor i retorik vid Södertörns Högskola.

Detta innebär några viktiga skillnader i förhållande till den konventionella forskar- eller handledarpositionen. Vi ser oss inte som passiva observatörer. I de projekt där vi medverkar ser vi oss istället som äkta deltagare i ett autentiskt utforskande samtal kring en för oss och den aktuella verksamheten aktuell fråga. Vi ser oss inte heller som samtalsledare med uppgift att få de andra att samtala öppnare och spontantare med varandra. Vi anser således inte att vi har speciella

rättigheter eller speciella skyldigheter att ta initiativ till eller att göra inlägg i samtalet utöver de samtalsregler som gäller för alla deltagare.

Vi använder istället i samtalet aktivt vår egen erfarenhet av liknande samtal kring motsvarande problematik i andra sammanhang. Vi förbereder oss genom att ta del av litteratur, utredningsarbete och forskningsresultat kring de sakförhållanden som kan förväntas komma upp. Vi försöker som varje annan god deltagare bidra till att man i samtalet kan återknyta till grundfrågan, ger förslag på alternativa och öppnande perspektiv och ingriper när vi tycker samtalet går i cirkel osv.

På detta sätt har vi medverkat också i de projekt som refereras i den här rapporten.

Samarbetsdynamik AB driver sedan 1987 ett så kallat Kunskapsabonnemang ”Om organisationens mänskliga sida”. I dagsläget är ett drygt 100-tal arbetsställen abonnenter. Den 14:e i varje månad arrangeras ett abonnentmöte i Stockholm, Göteborg, Halmstad eller Norrköping kring någon för abonnentgruppen aktuell frågeställning. Mötet är kostnadsfritt för abonnentens medarbetare och gäster och brukar samla runt 15 personer varje gång.

Dessutom publiceras inom ramen för abonnemanget minst sex rapporter per år. Dessa kan – så som denna Abonnemangsrapport – vara sammanfattningar av erfarenheter

och resonemang från olika projekt kring ett aktuellt tema. De kan också vara autentiska slutrapporter från enskilda projekt av mera allmänt intresse, som vi i samråd med våra uppdragsgivare låter våra abonnenter ta del av. I gengäld kan abonnenterna medverka i utforskandet genom att bidra med reflektioner och erfarenheter som berikar senare projekt och också bidra till spridandet av det som kommit fram i projektet.

I ökande omfattning medverkar också abonnenter med egna rapporter och reflektioner.

Formalia om företaget och om aktuella aktiviteter inom Kunskapsabonnemanget beskrivs på [www.samarbetsdynamik.se](http://www.samarbetsdynamik.se)

I Samarbetsdynamik AB arbetar två personer.

Monica Hane är docent i tillämpad psykologi. Har under en period på 90-talet varit universitetslektor inom området arbetsorganisation och psykologi och har forskat på arbetslivets hälsofrågor och psykosociala arbetsmiljö bland annat som psykolog vid Yrkesmedicinska Kliniken i Örebro. Monica var under år 2000 ordförande för prioriteringskommittén för arbetsorganisation, belastning och hälsa inom dåvarande Rådet för Arbetslivsforskning.

Bengt-Åke Wennberg är civilingenjör och har verkat som organisationskonsult sedan 1963. Bengt-Åke betraktas som en av pionjärerna när det gäller samarbetsträning och



organisationsutveckling i Sverige och har erfarenhet från utvecklingsarbete inom de flesta typer av företag och organisationer.

Vi har tillsammans sedan 1987 författat ett drygt 100-tal rapporter kring arbetslivets aktuella frågor med betoning på samverkan, organisering och hälsa.

Samtliga rapporter finns beskrivna på webbplatsen [www.samarbetsdynamik.se](http://www.samarbetsdynamik.se). De mest efterfrågade rapporterna finns också att ladda ner som pdf-fil.