

Utveckling utifrån egna förutsättningar

ETT ANGELÄGET KOMPLEMENT TILL STOCKHOLMSMODELLEN?

Starka krav på ökad effektivitet har lett till att vår sjukvård är under snabb omdaning. Förändringarna sker ofta genom att politikererna fattar ideologiskt och ekonomiskt motiverade beslut som sedan ska förverkligas av tjänstemän och vårdpersonal.

Men det går att effektivisera vården och öka dess kvalitet också genom att utgå från vårdpersonalens erfarenheter och idéer. Utvecklingsarbete i vården kan med framgång drivas genom ett samspel mellan initiativ "uppifrån" och "nerifrån".

Projektet genomfördes av forskare från Arbetslivscentrum (nuvarande Institutet för arbetslivsforskning) i Stockholm i samarbete med vårdpersonal på medicinkliniken vid S:t Görans sjukhus.

BAKGRUND

Förändringar av sjukvården kan genomföras på olika sätt. Ett är via beslut som huvudsakligen fattas "uppifrån". På det sättet har Stockholms sjukvård under senare år reformerats.

Stockholmsmodellen är en utvecklingsansats huvudsakligen "uppifrån och ner". Den försöker använda dynamiken i marknaden för att förnya vården. Det sker främst genom ökad valfrihet för patienterna, nya driftsformer och konkurrens mellan olika producenter av sjukvård. Det innebär till exempel att sjukhusen ska konkurrera inbördes, men även utsättas för konkurrens från externa vårdgivare. Tanken är att man den vägen ska skapa mer valfrihet, högre kvalitet och större effektivitet i verksamheten.

Ett annat sätt att förändra är att huvudsakligen arbeta "nerifrån" genom att skapa lokala förutsättningar för ömsesidigt samarbete och vad någon kallat "självdrag" i vårdorganisationen.

Ett tredje sätt är att kombinera dessa utvecklingsstrategier så att makten och det enskilda initiativet kan samspara. Ett sådant samspel försökte forskarna stödja i forsknings- och utvecklingsprojektet "Utveckling utifrån egna förutsättningar".

Sverige har en kort tradition när det gäller att använda forskare för att utveckla arbetsorganisation och verksamhetsformer. Exempel från hälso- och sjukvården är ytterst få. En viktig utgångspunkt för samarbetet mellan forskare och vårdpersonal var generella antaganden om att förändringar av kommunikationsmönster (sättet att föra dialoger) inom en organisation successivt kan leda till ändrade samarbetsformer och nya rutiner, och att dessa i sin tur och på sikt kan leda till konkreta förändringar av arbetsorganisation, arbetsledning och resultat. Det var också en sådan utvecklingsprocess, med deltagare från alla nivåer och funktioner inom klinikorganisationen, som initierades och vidareutvecklades inom den medicinska kliniken på S:t Görans under åren 1989–1992.

SYFTE OCH METOD

Viktiga delar av utvecklingsarbetet vid S:t Görans medicinklinik handlade om ett bemyndigande av vårdpersonalen. Det var också viktigt att utveckla medicinklinikens inre organisation inom ramen för politiska beslut och det man inom sjukvården kallar "vetenskap och beprövad erfarenhet". Samtidigt genomfördes förändringar i

För innehållet svarar
Jan Öhrming
Företagsekonomiska
institutionen,
Stockholms universitet,
106 91 Stockholm,
telefon 08-653 35 32.

klinikens yttre organisation som en del av Stockholmsmodellen.

Officiellt inleddes samarbetet mellan forskare och vårdpersonal genom de så kallade startkonferenserna. Det praktiska utvecklingsarbetet har varit inriktat mot att långsiktigt artikulera, driva på och följa upp de idéer som vårdpersonalen formulerade under och efter konferenserna. Syftet var att inom hela personalgruppen utveckla förmågan:

- att löpande formulera problem och möjligheter över yrkes- och nivågränser
- att organisera sig i förhållande till de problem och möjligheter som man själv har identifierat
- att utveckla ett provande för hållningssätt till arbetsorganisation och arbetsformer för att därigenom utveckla arbetsuppgifter, arbetsplatser och vårdresultat enligt klinikens och sjukvårdens egna kriterier.

Den valda utvecklingsstrategin lämnar stort utrymme för klinikorganisationen att själv bestämma utvecklingsarbetets innehåll. Ändamålet var att bidra till en interaktivt kompetent klinik där problem löses och möjligheter tas till vara på rätt nivå inom sjukvårdsorganisationen. Vidare var avsikten att bygga in en organisatorisk utvecklingstradition inom kliniken, på sikt i paritet med den kliniska och medicinska utvecklingsförmågan. Syftet med forskningen har varit:

- att beskriva och förklara medicinklinikens inre organisatoriska utveckling. Vidare fanns en önskan att beskriva och förstå de omständigheter som stödjer respektive hindrar en utveckling ”både nerifrån och uppifrån” i sjukvårdshierarkin.

Studieobjektet, det som forskarna har studerat, är således medicinklinikens kontinuerliga förändring, klinikens förmåga att lösa ”självupplevda” pro-

blem samt villkoren för denna utveckling.

NÄRA SAMARBETE

Den utvecklingsmodell som forskarna har prövat på S:t Görans innebär att i samspel med vårdpersonalen (interaktivt) skapa idémässiga och praktiska förutsättningar för en utveckling av sjukvårdsarbetets organisation och arbets sätt, att observera vad som händer på arbetsplatsen och att reflektera över detta. För att sedan åter igen vidta nya åtgärder. Genom denna modell har forskarna arbetat parallellt med det formella system som finns för samverkan och utveckling inom sjukvården, till exempel MBL-förhandlingar, skyddskommitté, central arbetsmiljökommitté och skyddsombud. Forskarna har arbetat direkt med linjeorganisationen och på arbetsplatsnivån och har därmed försökt undvika att hamna vid sidan om vårdarbetet och de frågor som verkligen engagerar de anställda i sjukvården.

Det har varit viktigt att involvera många personer och många frågeställningar i utvecklingsarbetet, att successivt och på sikt ändra kommunikationsmönster och inre organisation samt att nå en omprövning av principer och förhållningssätt inom kliniken. Det kan till exempel handla om att börja betrakta förändringar ”både nerifrån och uppifrån” som önskvärda och möjliga. På sikt handlar detta om radikala norm- och beteendeförändringar inom kliniken som kräver stöd av en förändrad klinik- och vårdstruktur.

Forskarnas intresse har i första hand varit riktat mot hur vårdorganisationen organiserar sig ”runt egna problem” (organiseringprocessen) och inte mot själva vårdorganisationen. Avsikterna har huvudsakligen förverkligats genom ett nära samarbete med medicinklinikens personal.

I rapporten beskrivs samarbetet i termer av interaktion – reflexion – interaktion – och så vidare. Men utvecklingsprocessen har inte följt något mekaniskt schema, där forskarna

ensidigt har vidtagit åtgärder enligt ett i förväg uppgjort åtgärds paket. Själva grundidén har varit att forskarna hela tiden agerar och reflekterar tillsammans med klinikens personal. Ibland kan man handla direkt, i vissa fall krävs ytterligare överväganden. Samtliga deltagare ska ha insyn i och kontroll över utvecklingsprocessen. I den meningen har dessa forskare haft ett mer dynamiskt förhållande till verkligheten än traditionella samhällsforskare. Därigenom har de också kommit närmare vårdorganisationens vardag. Forskningsfrågorna har huvudsakligen besvarats med hjälp av empiriska data. Litteraturstudier har haft en viktig men underordnad funktion.

RESULTAT

Det kombinerade utvecklings- och forskningsprojektet har givit olika resultat. Med dem som utgångspunkt skapades ett förslag till en kompletterande strategi för omdaning av sjukvården i Stockholm. Förslaget baseras på erfarenheter som har vunnits i detta projekt och inom annan utvecklingsinriktad organisationsforskning men också på erfarenheter från andra landsting som berättar om bristfällig förankring och låg delaktighet i pågående förändringsarbete inom sjukvården.

Arbetshypoteserna att en dialog över funktions- och yrkesgränser samt ett bemyndigande av vårdpersonal skulle fungera som bärande principer för utvecklingsarbetet har bestått prövningen i varierande grad. Konferenstekniken och projektarbetet i ”vertikala snitt”, med deltagare från olika nivåer och yrken, har enstämigt blivit positivt värderade av vårdpersonalen.

Hypotesen att ett utvecklingsarbete på bredden, med många deltagare och många frågeställningar, skulle fungera har också visat sig vara riktig och genomförbar inom medicinkliniken. Tillämpade arbetsformer och metoder har varit flexibla på flera sätt. Dels har det varit möjligt att arbeta med ett stort antal olika vårdverksamheter

och problemsituationer, dels har det varit möjligt att gå in i utvecklingsprocesser som har befunnit sig på olika stadier. Flera delprojekt har exempelvis formerats som en vidareutveckling av gamla idéer.

Däremot har dialogen i den form som presenterades och tillämpades under utvecklingsprojektet inte fått något riktigt genomslag i vardagsarbetet på kliniken. Den traditionella och hierarkiska vårdorganisationen håller emot, samtidigt som det har hänt en hel del med samtalsformer, attityder, arbets- och förhållningssätt inom medicinkliniken.

Sammantaget har drygt hälften av medicinklinikens åtta vårdavdelningar visat en tilltagande förmåga att organisera sig i relation till de problem eller de möjligheter som personalen själv har definierat. Dessa avdelningar tillämpar nu också internt den utvecklingsmodell som har använts i utvecklingsarbetet, vilket i sig är ett starkt belägg för modellens giltighet. Förmågan att samarbeta över yrkesgränser, att identifiera svårigheter, att ta fram och tillämpa lösningar har utvecklats kontinuerligt inom dessa avdelningar och lett till förändringar i arbetsorganisation, arbetsledning, samarbetsformer och patientvård. Dessa förändringar har successivt stabiliserats och utgjort viktiga förutsättningar för de förbättringar av sjukvårdens produktivitet som kan avläsas i resultatredovisningen.

Vilka omständigheter har då skapat förutsättningarna för de positiva förändringarna inom medicinkliniken?

Forskarna menar att det är ett antal faktorer i kombination som kan förklara denna framgång. Det är Ädelreformen, arbetsmarknadsläget och den allmänna förändringsberedskap som Stockholmsmodellen har genererat. Men det är också interna förhål-

landen samt en praktisk och lättförståelig förändringsstrategi.

Det är även klinikledningens krismedvetenhet. Liksom den tagna utgångspunkten i det praktiska vårdarbetet och satsningen på en utveckling utifrån vårdpersonalens egna förutsättningar. Det är ett antal eldsjälar som har orkat att ta på sig rollen som förändrare i ett både dynamiskt och trögt vårdsystem. Det är fackliga organisationer som huvudsakligen har informerat och mobiliserat. Det är en strategi för hur man kan utveckla vårdorganisationen och samtidigt förverkliga talet om vårdpersonalen som sjukvårdens viktigaste resurs.

VAD HÄNDE SEDAN?

I juni 1991 fattade landstinget i Stockholms län beslut om att införa ett nytt ekonomiskt styrsystem, den så kallade Stockholmsmodellen. Beslutet innebar en ny organisation för den politiska ledningen av hälso- och sjukvården, en uppdelning av roller med beställare och utförare av sjukvård samt nya metoder för att styra och fördela ekonomiska resurser. Därmed skapades successivt ändrade förutsättningar för den akuta sjukhusvården i Stockholm.

Fram till den tidpunkt då forskningsprojektet avslutades i början av sommaren 1992 påverkades utvecklingsprojektet i liten utsträckning av arbetet med Stockholmsmodellen. Det förhållandet förändrades under hösten 1992 när landstinget presenterade ett förslag till ny struktur för sjukvården i Stockholm. I förslaget argumenterade politikerna bl a för kraftiga förändringar av verksamheten inom S:t Görans och/eller Sabbatsbergs sjukhus. Senare samma höst inbjöd landstinget intresserade att lämna anbud på driften av de båda sjukhusen där det ena sjukhuset ska

drivas vidare som komplett akutsjukhus och det andra dras ner till närsjukhus. Därmed växlades utvecklingsarbetet inom medicinkliniken ner på sparlåga. Vårdpersonalen avvaktade nu politikernas fortsatta beslut.

I början av juni 1993 beslutade landstinget att behålla S:t Görans som komplett akutsjukhus och att omvandla Sabbatsberg till närsjukhus. Samtidigt togs beslut om att erbjuda en privat entreprenör, ett franskt företag som driver sjukhus i Frankrike, Italien och England, att tillsammans med landstinget bli hälftenägare i ett bolag som skulle överta driften av S:t Görans. Parterna förhandlade om villkoren för samarbetet under sommaren 1993. I augusti meddelade landstingsledningen att man inte hade kunnat komma överens om de ekonomiska villkoren för ett samgående. Därför beslutades att utveckla det s k referensalternativet vilket innebar att landstinget från och med den 1 januari 1994 vidareutvecklar verksamheten på S:t Görans genom ett eget bolag. Syftet med bolagiseringen av S:t Görans har angetts vara att utveckla sjukhusets självständighet för att den vägen nå högre ekonomisk effektivitet. Ytterst handlar det om att få mer och bättre vård för pengarna. För medicinkliniken innebär bolagiseringen nya möjligheter att stärka den process som grundlades i utvecklingsprojektet.

RAPPORTEN

Utveckling utifrån egna förutsättningar – ett angeläget komplement till Stockholmsmodellen? av Jan Öhrming, (R 1994:2).

Rapporten kan rekvideras från Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet, Elisabeth Jacobson, 106 91 Stockholm, tel 08-16 32 13. Pris: 150 kronor.

