

Idén om vårdkedja möter lokal praxis

AV KAJSA LINDBERG OCH BJÖRN TRÄGÅRDH

This article discusses an idea which is based on organising the flow within healthcare, the therapy line. The idea of a therapy line is vaguely formulated and is sufficiently elastic to promise solutions to many types of problem. It means that the idea of a therapy line can be imbued with all types of content when it is to be implemented in local contexts. The article shows how two therapy line projects have accepted the idea of a therapy line in different ways, converted it and put it into practice. The context the studied projects are imbedded in has proved to be central to an understanding of why conversion takes on such different forms when the same general idea meets local practice.

Inledning

Reformer och förändringar av hälso- och sjukvården är inte bara ett svenskt utan ett internationellt fenomen. Det har varit en viktig fråga i samhällsdebatten som engagerat många och det är därför ingen tillfällighet att det också finns många idéer om hur vården skall förbättras. Idéerna handlar ofta om att samtidigt rationalisera och utveckla verksamheterna. Vårdkedja är exempel

på en sådan idé. I litteratur som beskriver vårdkedjor framhålls det att införandet av vårdkedja syftar till att öppna upp för nya och alternativa sätt att organisera vården för att motverka gränser/revir mellan organisatoriska enheter/yrkesgrupper och andra negativa följder av sjukvårdens funktionsindelade organisering (Leffler 1997; Landstingsförbundet 1998). Argumenten för att införa vårdkedjor kan hämtas från

kritik mot hur vården normalt organiseras. Åhgren (1997) hävdade exempelvis att sjukvårdens grundproblem var dess *vertikala* uppbyggnad och styrning som leder till låg produktivitet och kvalitet i form av exempelvis bristande kommunikation mellan enheter. Dålig samordning leder i sin tur till krav på kontroll, långa väntetider, dubbelarbete och annat icke-värdeskapande arbete.

Argumenten som förs fram i hälso- och sjukvården för vårdkedja bygger i hög grad på förväntningar om att vårdkedjor skall leda till effektivitet och kvalitet, idéer som lånats från den privata sektorn (Lindberg och Trägårdh 2000). Effektivitetsargumentet innebär att organisationer skall vara kostnadseffektiva och genom att formalisera arbetsprocedurer i former av vårdkedjor tydliggörs vad som skall göras och av vem. Kvalitetsargumentet är inspirerat av service management ideal och innebär att patienten skall sättas i centrum.

Vårdkedja fungerar som ett samlingsbegrepp för moderna organisationsideal som kostnadseffektiv processorientering, samverkan över gränser, brett deltagande, kundfokusering och utvecklande av helhetsperspektiv, vilka antas leda till hög(re) produktivitet och kvalitet. Det är svårt att invända mot vare sig organiseringsidealen som sådana eller deras tänkta effekter. Genom att *benämna* idén "vårdkedja" kan den dock betraktas som en sjukvårdsspecifik symbol¹, vilken ger uttryck för att vårdinsatser kan ses som länkar i en kedja och att vården bör organiseras efter denna.

Vårdkedja kan alltså betraktas som en idé som föreslår en lösning på många

av de problem som uppmärksammats i hälso- och sjukvården och vars syfte är att höja effektiviteten och kvaliteten i vården. Idén om vårdkedja är vagt formulerad och tillräckligt elastisk för att utlova lösningar på många slags problem. Det innebär att idén om vårdkedja kan fyllas med olika slags innehåll när den skall omsättas i handling i lokala kontexter.

Översättning av en idé

Förändring kan förstås utifrån hur idéer tolkas när de kommer till en ny tid/plats och när de omvandlas till handling i organisationer. Denna process kan beskrivas med hjälp av översättning, ett begrepp som Latour (1988/98) använder för att till exempel visa en utveckling från en idé till en färdig produkt och som Czarniawska och Joerges (1996) utgår från i sin "idémodell". Genom att följa en idé möter vi de personer, organisationer och fält som deltar i översättningen av idén och därmed hamnar processen i fokus (Erlingsdottir 1999, sidan 31). Att förstå förändring som översättningsprocesser innebär att man ser handling som meningsskapande, i ett samspel mellan påverkan av oförutsedda händelser och försök att kontrollera meningsskapandet. Genom att följa idéns färd i tid/rum kan vi se vilka spår den lämnar efter sig till exempel i form av artefakter.

Idé-modellen utgår från att det finns idéer som flyter omkring i organisationers trans-lokala tankevärld (Czarniawska och Joerges 1996). Idéerna kan ses som ett uttryck för vad som är modernt

just nu. Mode är en paradoxal process, eftersom att följa modet innebär både att vara konformist och att vara kreativ. "Master-ideas" fungerar som fokus för moden och utgör en brygga mellan moden som passerar och varaktiga institutioner. Idén om vårdkedja är en modern företeelse i hälso- och sjukvården idag och den knyter an till "master-ideas" som effektivitet och kvalitet, vilka är uttryck för institutionen rationalitet.

De idéer som organisationer jämför sig med och vill ta efter är emellertid oftast kontextlösa. Vårdkedjan betraktas visserligen som en sjukvårdsspecifik idé, med tanke på namnet, men den bygger på idéer och ideal som har andra ursprung. Hälso- och sjukvårdssektorn är dessutom en heterogen sektor med verksamheter som skiljer sig mycket åt. Idén om vårdkedja är också vagt formulerad, vilket öppnar upp för olika tolkningar. Sahlin-Andersson (1996) menar att imitation av kontextlösa idéer inte blir en kopiering utan snarare en översättning där idén skiljer sig från den imiterade modellen. Det är inte så att alla organisationer inom ett fält klonas och blir exakt likadana trots att de har liknande definitioner av aktiviteter och har samma "tanke-värld" (Sevón 1996). Det beror på att då idén översätts möter den en viss praktik, det vill säga idén hamnar på en bestämd plats vid en tidpunkt (Czarniawska och Joerges 1996). Det innebär att gamla och nya modeller kombineras. Skulle det vara så att dessa modeller står i motsatsförhållande till varandra menar Sahlin-Andersson (1996) att det kan lösas genom att modellerna frikopplas.

Idé-modellen (Czarniawska och

Joerges 1996, sidan 26) beskriver över-sättningsprocesser som resor i tid och rum. Idéns färd illustreras med att idén kopplas loss från ett sammanhang (disembedding) och sänds/översätts till en annan plats vid ett annat tillfälle, där den förs in i en ny lokal kontext (reembedding). I den nya kontexten översätts idén till ett objekt, som översätts till handling som upprepas, stabiliseras och så småningom institutionaliseras. Dessa olika stadier i en idéns resa kan relateras till de olika steg: objektifiering, externalisering och internalisering, som Berger och Luckmann (1967/79) urskiljer i en institutionaliseringsprocess. Institutionalisering innebär bland annat att mänskliga aktiviteter vanemässigt upprepas och blir allmänt omfattade tanke- och handlingsmönster som med tiden bildar institutioner (se till exempel Tolbert och Zucker 1996). Objektifiering innebär att tankar och handlingar som från början uppfattas som subjektiva konstruktioner efter hand uppfattas som objektivt existerande fenomen. Objektiva handlingar kan externaliseras det vill säga visas utåt som objektivt existerande fenomen och andra människor kan då internalisera dem, det vill säga införliva handlingar/idéer i sin praktik.

Erlingsdottir (1999) har använt sig av idémodellen för att analysera hur idén om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården har tolkats och omtolkats av de som skapat och använt idén. Hon har delat in en idéns resa i tid och rum i fem olika stadier (sidan 31). I alla stadierna sker översättningar, vilket medför att det successivt sker nya eller modifierade tolkningar av idén.

1. Löskoppling/lösryckning
2. Förpackning
3. Den resande idén
4. Omsättning till handling lokalt
5. Idén sanktioneras och blir förgivet-tagen.

Löskoppling eller lösryckning av en idé medför att idén blir kontextlös, det vill säga tids- och rumsbundna drag exkluderas (Sahlin-Andersson 1996). Förpackning innebär att en idé objektifieras till exempelvis en prototyp eller en text. Prototypen framstår som attraktiv beroende på hur den formuleras och vilka etiketter som sätts på den. Det handlar om att förpacka idén så att den framstår som både unik och igenkännbar. När idén är förpackad kan den färdas, det vill säga externaliseras. Nästa steg i översättningsprocessen är då idén får fäste i en ny kontext. Idén, eller prototypen, internaliseras då i en ny lokal kontext med en befintlig praktik. Den objektifierade idén förses med "image of action" för att kunna omsättas i handling. Beskrivning av handlingar och lösningar tenderar att innehålla rationella och logiska argument, vilket är ett sätt att skapa legitimitet. Då idén omsätts i handling som uppfattas som legitim stabiliseras den och blir till slut tagen för given.

Hur kommer det sig att en och samma idé kan bli så olika då den omsätts i handling? Vi närmar oss frågan genom att betrakta vårdkedja som en generell idé, vilken översätts och fylls med konkret – men olika – innehåll, beroende på var och när processen försiggår. I följande avsnitt kommer vi att utifrån idémodellen analysera processerna där idén

om vårdkedja översätts av olika aktörer i olika sammanhang vid olika tidpunkter.

Lokal utveckling i hälso- och sjukvården

Under drygt ett års tid har sju vårdkedjeprojekt studeratsⁱⁱ. Projekten har bedrivits inom olika typer av sjukvård, såväl universitetssjukhus och länsjukhus som primärvård och vård i kommunal regi. Alla projekten har på ett eller annat sätt berörts av övergripande strukturella förändringar i form av samslagningar av sjukhus och regionbildningar. De verksamheter som projekten bedrivits inom har dessutom fått minskade resurser och därför genomfört personalneddragningar. Trots vårdkedjebegreppets allmänna karaktär finns det vissa faktorer som håller samman de projekt vi studerat. En sådan faktor är att projekten bedrivits i programform med såväl finansiellt som processuellt stöd från Arbetslivsinstitutet (ALI).

Sjukvårdsprogrammet

I mitten av 1990-talet beslutade Arbetslivsinstitutet att finansiera ett program för att stimulera lokalt utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. Programledningen bestod av en forskare från Arbetslivsinstitutet och representanter för parterna inom vårdområdetⁱⁱⁱ. En inbjudan där pågående utvecklingsprojekt uppmanades att ansöka om att få delta i Sjukvårdsprogrammet skickades ut till

hälso- och sjukvårdsorganisationer i hela landet. Programmet beskrevs som syftande till en utveckling i sjukvården där övergripande modeller, styrsystem och vårdprogram som tidigare introducerats uppifrån och utifrån skulle ersättas av en mer patientorienterad process, präglad av aktivt ledarskap, delaktighet, lärande och samverkan (Programbeskrivning från ALI^{iv} 1997). Genom att ge stöd till dokumentation, reflexion och lärande i enskilda projekt och nätverk ville programledningen stimulera denna utveckling.

Drygt fyra hundra ansökningar kom in till Arbetslivsinstitutet och av dessa valdes arton projekt ut. Urvalet gjordes av programsekreteraren tillsammans med en extern konsult som anlätts för att ge processtöd till de projekt som skulle ingå i programmet. Urvalskriterierna var vaga. Projekten skulle vara geografiskt spridda och det skulle finnas en mångfald i projektens innehåll och ursprung. Då programsekreteraren och konsulten gick igenom alla ansökningar tolkades den vagt formulerade programbeskrivningen och ett antal urvalskriterier växte fram, bland annat att projekten skulle *samverka kring patientens vårdkedja*. 1996 startade Sjukvårdsprogrammet och de utvalda projekten delades in i fem regionala nätverk. Nätverken kom att ha regelbundna träffar i syfte att utbyta erfarenheter och lära av varandra. Alla arton projekten i programmet samlades också två gånger om året på nationella nätverksträffar. Förutom att projekten fick ett finansiellt stöd åkte den externa konsulten som anlätts av Arbetslivsinstitutet runt i landet och besökte pro-

jekten för att ge dem processtöd.

Vårdkedjeprojekten

Vi har med hjälp av intervjuer och deltagande observationer studerat sju av de arton vårdkedjeprojekten och dessutom har vi deltagit i regionala och nationella nätverksträffar. I en tidigare rapport där de sju projektens utvecklingsarbeten analyserades framkom det att samtliga projekt utvecklat sin distinkta särart. En närmare analys visade emellertid att projekten på ett mer generellt plan kunde delas in i två grupper om man utgick från tre kriterier: kontext, innehåll och strategi (Lindberg och Trägårdh 2000).

- *Den organisatoriska kontexten, var utvecklingsarbetet ägde rum och vem som drev det.* Grupp A initierades och drevs av den generalistinriktade primär- och kommunalvården, medan Grupp B drevs av specialister på sjukhus.
- *Innehållet i utvecklingsarbetet, vad som skulle utvecklas handlade i Grupp A i hög grad om att utveckla kommunikation över organisationsgränser, medan projekten i grupp B var inriktade på rationalisering inom en organisation.*
- *Förändringsstrategin, hur utvecklingsarbetet gick till.* Samtliga utvecklingsarbeten bedrevs i projektform, det vill säga avskilda från det löpande arbetet och de permanenta organisationerna. Primär- och kommunalvårdsledda projekt tillämpade en framväxande design och använde

"mjuka" metoder, medan sjukhusledda projekt i större utsträckning ar-

betade enligt handboken och skapade "hårda" tidsstudieverktyg.

GRUPP A	GRUPP B
Generalist-(primär-) vårdinitierat Interorganisatorisk utveckling Föra dialog, "förstå" - "mjukvara" Stark koppling till löpande verksamhet Operativa frågor i centrum Lärandeprocess Egen modell - framväxande design	Specialist-(sjukhus) vårdinitierat Intra-organisatorisk utveckling Kartlägga, effektivisera - "hårdvara" Svag koppling till löpande verksamhet Strategiska frågor i centrum Legitimeringsprocess Konceptstyrt- enligt handbok

Figur 1. Karakteristiska drag i två utvecklingsmodeller

Projekten i grupp A betonade samverkan och utveckling av sociala relationer. Egna modeller utvecklades med nära koppling till den löpande verksamheten i olika organisationer. Projekten i grupp B betonade arbetsdelning och effektivitet och utnyttjade i större utsträckning färdiga modeller/recept.

För att klargöra skillnaderna mellan de båda grupperna kommer vi att beskriva två projekt vilka representerar varsin grupp. Projekten har valts därför att de verkar i samma geografiska kontext och delvis inom samma organisation, men trots det gör radikalt olika översättningar av idén om vårdkedja. Vi kommer fortsättningsvis att analysera projekten utifrån idémodellen i avsikt att söka svar på frågan varför de utvecklades så olika.

Vårdkedjeidén översätts

Vårdkedja ses här som en idé som färdas genom ett nätverk av aktörer (Latour 1998). Idén översätts av de olika aktörerna som kommer i kontakt med den och översättningarna påverkar/leder färden vidare. Någonstans under idéns färd kommer vi i kontakt med idén. Den del av vårdkedjeidéns färd som här analyseras går från en tid/plats, ALL, till två andra platser och sträcker sig över ungefär samma tidsrymd, Ada- och Beda-projekten.

En idé förpackas och konkretiseras

Hälso- och sjukvården beskrevs av ALL som en problemfylld sektor med en hierarkisk och gammaldags struktur som inte främjade lokala initiativ. Lösningen på dessa problem presenterades i form av satsningen på ett Sjukvårdsprogram i syfte att stödja lokal utveckling i stället

för traditionellt uppifrån och utifrån kommande reformarbeten. Programmet hade en bred förankring hos parterna på arbetsmarknaden för hälso- och sjukvården, vilket skulle borga för legitimitet.

Programledningens idé om att stödja lokala utvecklingsprojekt och ideal förpackades i form av dels en ansökningshandling och dels en programbeskrivning. Texterna beskrev en vision om hur hälso- och sjukvårdsorganisationer bör fungera som var vagt formulerad och fylld av begrepp som delaktighet, gränsöverskridande och lärande, vilket bidrog till att ingen av parterna opponerade sig. En vag terminologi kan leda till att olika meningar tillskrivs begrepp, vilket i sin tur leder till tvetydigheter. Tvetydigheter i förändringsstrategier medför att olika intressen och anspråk ryms, vilket gör det lätt att planera då alla kan känna igen sig, men svårt att implementera eftersom man måste konfrontera olika tolkningar och intressen (Sahlin-Andersson 1996).

I urvalsprocessen av projekt konkretiserades idén till att handla om vårdkedjor. Begreppet vårdkedja är etablerat inom delar av fältet och det finns till och med handböcker som beskriver konceptet vårdkedja. ALI kombinerade emellertid vårdkedjebegreppet med ideal präglade av modellen för "demokratisk dialog" (se fotnot sidan 5), vilket skiljer sig från de beskrivningar av vårdkedja som ges i handböcker. Det innebär att Arbetslivsinstitutet gjorde en översättning av vårdkedja som förpackades i form av en programbeskrivning där idealen från den demokratiska dialogen betonades. Ett av dessa ideal är

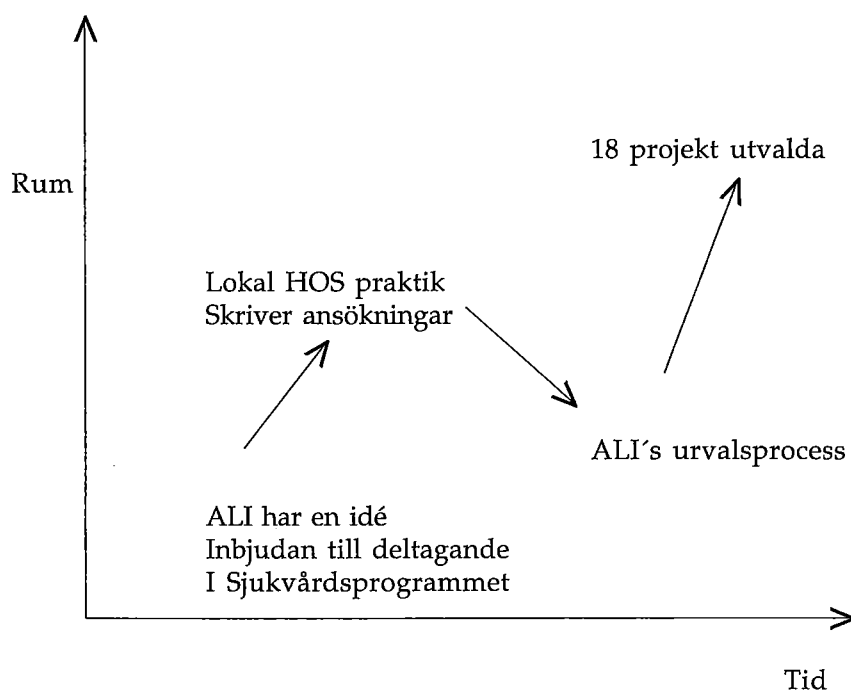
att praktikerna själva utifrån sin lokala praktik skall formulera lösningen på sina problem. Den modell för att bedriva utvecklingsprojekt som ALI förespråkade var alltså att alla skulle skapa sin egen lokalt utformade modell. Då inbjudan formulerades hade programchefen stor betydelse för hur programmet presenterades och vilka ideal som fördes fram, medan det vid urvalsprocessen var en extern konsult och programsekreteraren som spelade huvudrollerna. Det var av betydelse för översättningsprocesserna eftersom aktörer har olika erfarenhet och synsätt, vilket påverkar deras tolkningar.

Detta var ett skede då en idé löskopplades och förpackades, det vill säga idén om att stödja lokala utvecklingsprojekt förpackades i en inbjudan till att delta i programmet som skickades ut till hälso- och sjukvårdsorganisationer i landet. Inbjudan mötte lokala verksamheter som jämförde sin situation med den utifrånkommande lösning som beskrevs i inbjudan. Detta förfarande kan jämföras med hur Sahlin-Andersson (1996) beskriver att problem konstrueras i den lokala kontexten genom att den lokala situationen jämförs med situationen i andra organisationer som man kan identifiera sig med och som framstår som framgångsrika. Det innebär att de ansökande verksamheterna beskrev sig så att de passade in i ALI's beskrivning om hur man "bör" vara. Men eftersom hur man "bör" vara var väldigt vagt beskrivet fanns det utrymme för egna tolkningar. Projektens ansökningar kan därmed ses som en konkretisering av programmets idé. Utifrån ansökningarna gjorde ALI yt-

terligare en konkretisering av vad Sjukvårdsprogrammet innebar. Dessa konkretiseringar objektifierades i form av texter – ansökningarna och programbeskrivningen.

Programbeskrivningen fungerar som en förpackning av en idé som kan visas upp utåt för att skapa legitimitet. Representationen av arbetsmarknadens parter bidrar också till att skapa legitimitet. Förpackningen gör att andra

också kan jämföra sig med den idén. Förpackningen av idén är inte bara en förutsättning för att idén skall kunna sändas iväg, löskopplas (disembedding), utan också en förutsättning för att den skall kunna tas emot/föras in i ett annat sammanhang, det vill säga re-embedding. Det vill säga röra sig från ett sammanhang tid/rum till ett annat tid/rum. Processen kan åskådliggöras med hjälp av följande bild:



Figur 2. Idéns löskoppling, förpackning och färd

Processen som beskrivs ovan illustrerar idéns färd mellan olika platser under en tidsperiod (cirka 1 år). Det är inte en resa mellan två poler, Arbetslivsinstitutet och organisationer i hälso- och sjukvården, utan översättningsprocessen inrymmer förändring i såväl tid och plats som tolkning av idén. De aktörer som är centrala vid en tid/plats kan till exempel ha ersatts vid en annan

tid även om platsen/organisationen är densamma. I varje tid/plats görs översättningar. Idén om vårdkedja är förpackad, men kontextlös, när den färdas och den vaga beskrivningen om vad sjukvårdsprogrammet innebär lämnar utrymme för olika översättningar då idén möter lokal sjukvårdspraxis. Ansökningshandlingarna, som är objektifieringar av praktikers tolkning av ALI's

inbjudan, tolkas i sin tur av aktörer på ALI i urvalsprocessen.

Tanken bakom en organisation som Arbetslivsinstitutet är att aktörer i organisationen skall bära och stödja idéer. Det är emellertid inte meningen att de själva skall använda idéerna. Arbetslivsinstitutet fungerar i detta sammanhang som idébärare (Czarniawska och Joerges 1996) medan de utvalda projekten är de som skall använda idén om vårdkedja.

Idé tas emot och omsätts i handling

Hälso- och sjukvården är en heterogen sektor med vitt skilda typer av aktiviteter, men sektorn kan ändå betraktas som ett fält. Ett fält som hålls samman av ett system av relationer där centrala och perifera positioner utvecklas och där dominerande organisationer formar referenspunkter och modeller (Sahlin-Andersson 1996). Sjukvårdsprogrammets ledningsgrupp bestod av aktörer från flera centrala aktörer för fältet som till exempel Landstingsförbundet och Läkarförbundet. Detta hade förmodligen också betydelse för mottagandet av idén om vårdkedja, eftersom deras medverkan bidrog till legitimitet för programmet. Likaså kan betoningen på utveckling istället för förändring haft betydelse för mottagandet eftersom verksamheter i hälso- och sjukvården är "förändringströtta" efter år av organisatoriska reformer.

Idéanvändarna tog emot idén om vårdkedja på olika sätt, vilket inte är så konstigt eftersom tidigare erfarenheter

påverkar hur vi tar till oss en idé. Ibland bidrar översättningen och materialiseringen av idén till att bekräfta det vi redan vet och ibland får den oss att omformulera det vi tror på och våra syften. Den sociala kontexten och beslutsfattande är en del i materialiseringen då det bidrar med legitimering av en idé. Att upptäcka en idé – istället för att bli påtvingade en färdig lösning – är en viktig aspekt för att aktörer i organisationen skall mobilisera vad som behövs för handling (Czarniawska och Joerges 1996). I följande avsnitt skall två projekts mottagande av vårdkedjeidén analyseras. Mottagandet och att omsätta idén i handling innebär att idén måste uppmärksammas och konkretiseras för att objektifieras, vilket är en förutsättning för att idén skall kunna omsättas i handling.

Ada-projektet

Ada-projektet startade som ett kvalitetsprojekt i äldreomsorgen i en stadsdel i Göteborg. Problem i verksamheten hade redan definierats då man uppmärksammade och ansökte om att få delta i Sjukvårdsprogrammet. Uppgiften, överföring av äldre patienter mellan olika enheter och organisationer, var gemensamt för ett antal aktörer. Vårdkedja kom att definieras som vårdkedja för äldre, vilket är en ovanligt bred definition på ett koncept som annars oftast relateras till en enskild diagnos. Utgångspunkten för Ada-projektet var alltså att det redan fanns en gemensam uppfattning om vad problemet var och aktörerna såg vårdkedja som lösningen på detta problem. Därmed skapades ett

nätverk av allierade aktörer runt problemet och dess lösning. Projektgruppen såg idén om vårdkedja som en gemensam angelägenhet och var övertygade om att vårdkedja var något positivt för verksamheterna de representerade. Idén om vårdkedja hade därmed inga större svårigheter att landa och få fäste (re-embedding) i den lokala kontexten.

Projektdeltagarna uppfattade händelseförloppet som att de själva upptäckte idén och att de nu fick finansiellt stöd för att utveckla sin egen idé som de beskrivit i ansökan. Ansökningsförfarandet innebar en konkretisering av hur de ville bedriva vårdkedjearbetet. Det var ett sätt att ge idén "image of action" (Czarniawska och Joerges 1996). Det bidrog till att aktörerna var engagerade i projektet och att de mobiliserade gemensamma resurser för att omsätta idén i handling.

Projektet – som omedelbart kom igång – bedrevs med en stark koppling till deltagarnas arbetsaktiviteter. Deras översättning av idén om vårdkedja var relaterad till upplevda problem och behov. Vårdkedjeidéns koppling till aktiviteter på "golvet" bidrog till att nya rutiner och procedurer utvecklades i det dagliga arbetet för dem som deltog i projektet. Projektet ifrågasatte däremot varken de organisatoriska strukturerna eller andra aktörers positioner i de permanenta organisationerna, vilket förmodligen bidrog till att projektet inte uppfattades som hotfullt av andra icke-deltagande aktörer. Projektet hade inte några större problem att legitimera sina aktiviteter hos överordnade eller bland kolleger. Sjukvårdsprogrammet och vårdkedjeidén var omsorgsfullt för-

packade och innehöll flera legitimerande aspekter; parterna på arbetsmarknaden stod bakom programmet och ALI engagerade sig aktivt med såväl finansiellt som processuellt stöd.

Ada-projektets tolkning av vårdkedjeidén byggde på samverkan mellan flera olika organisationer som hade olika huvudmän och som styrs av olika lagar. Därmed fanns en risk att ingen organisation tog på sig ansvaret för projektet och att det blev en fråga som bollades runt bland olika beslutsfattare. Samtidigt gav det utrymme för projektet att agera. Projektgruppen lyckades dock tillsätta en styrgrupp och en referensgrupp med personer som bidrog till att legitimera projektet.

Beda-projektet

Beda-projektet var ursprungligen en del i ett omfattande utvecklingsarbete för hela divisionen inom Sjukhuset. Divisionen skulle genomgå ett "stålbad" för att bli modernt och effektivt. Genomgripande förändringar i ledarskap och organiseringsprinciper skulle genomföras och sjukhuset skulle t. ex datorisera sina journalsystem. Konceptet Lean production fungerade som inspirationskälla och Sjukhuset beskrevs som ett framtida Lean Hospital, vilket hos personalen genast döptes om till Mean Hospital. Sjukhusledningen vände sig till ALI för finansiellt stöd för det omfattande utvecklingsarbetet. ALI vill emellertid bara stödja ett avgränsat projekt som kunde ingå i deras Sjukvårdsprogram.

På Sjukhuset fanns det en mängd problem och möjliga utvecklingsområ-

den, mer eller mindre väl definierade. Att delta i sjukvårdsprogrammet utifrån begreppet vårdkedjor dök upp som en lösning. Det ledde till att sjukhusledningen tillsatte en grupp med läkare, vårdutvecklare och ekonomer som skulle leda vårdkedjeprojekt utifrån olika diagnoser. Ur denna grupp utsågs projektledare vilka fick i uppdrag att värva projektdeltagare ur den personal som berördes av patienter i en tänkt vårdkedja. Det gick emellertid inte så lätt att få personalen entusiastisk inför dessa projekt, då de var fokuserade på konsekvenserna av stora besparingar som skulle göras i verksamheten och genomgripande organisationsförändringar som just genomförts, där flera sjukhus slagits samman. I jämförelse med dessa påtagliga och omvälvande förändringar ansågs inte sättet att organisera arbetet på ett nytt sätt som särskilt centralt. Det var få eller inga aktörer som uppfattade idén om vårdkedja som en lösning på Sjukhusets viktiga problem, vilket innebar att den grupp som fick till uppgift att driva projektet inte såg vårdkedja som en prioriterad angelägenhet. Engagemanget i gruppen var därför svagt liksom det var i de enskilda projektgrupperna. Likaså blev försöken att informera om och skapa engagemang för vårdkedjeprojekten på hela Sjukhuset tämligen misslyckade, få kände sig berörda.

Först då ALI började ställa krav på konkreta aktiviteter för att fortsätta med det finansiella stödet bestämde sig projektledningsgruppen för att kartlägga "vårdkedjor" för fyra diagnoser. Gruppen valde att kombinera idén om vårdkedja med verktyg från ett annat

organiseringskoncept, nämligen Lean Production. Projektgrupperna beskrev utsnitt ur verksamheten utifrån egna erfarenheter hur en normalpatient med den aktuella diagnosen patienter "färdades" mellan instanser från inskrivning till utskrivning. Kronologiska modeller ritades som beskrev aktiviteter och hur de sammantaget bildade ett flöde.

Ansträngningarna resulterade i dokument som intressenter inom och utanför Sjukhuset kunde ta del av. Flödena beskrevs i neutrala termer, men det framgick att verksamheten redan var effektivt organiserad och implicit att inget utrymme för ytterligare rationalisering fanns. Viktiga mottagare av denna information skulle vara beslutsfattare och opinionsbildare inom hälso- och sjukvårdsområdet. En bieffekt var att grupper av anställda som kom i kontakt med den aktuella patientgruppen fick tid att träffas och samtala om denna del av arbetet. Det var dessa "dialoger" som sågs som projektens huvudresultat. Däremot påverkades inte verksamheten annat än att enstaka skavanker i flödena uppmärksammades och i vissa fall åtgärdades.

Först då de två koncepten Vårdkedja och Lean Production sammanflätades och resulterade i konkreta handlingar kan man säga att idén om vårdkedja fick fäste och blev "re-embedded" i den lokala kontexten. Det berodde snarare på tryck utifrån och uppifrån, det vill säga från ALI och sjukhusledningen, än på engagemang hos personalen. I Beda-projektet ser vi hur aktörerna motvilligt tar emot idén om vårdkedja och använder den för att beskriva verksamheten i legitimerande snarare än verk-

samhetsförändrande syfte. Sådana insatser kan vara i högsta grad befogade, men skapar sällan entusiasm. Därmed fick projektledningsgruppen också svårt att mobilisera personalen.

Vad hände se'n?

Idén om vårdkedja togs emot, översattes och omsattes i handling i lokal praxis men på olika sätt. I det ena fallet – Ada-projektet – omsattes idén i handling som förändrade den löpande verksamheten, medan Beda-projektet i första hand ägnade sig åt att producera argument mot fortsatta besparingar och förändringar. Det innebar att projekten översatte vårdkedjearbetet mycket olika, både vad gällde handlingar och resultat.

ADA-modellen förpackas och sprids
Projektgruppen inrättade ett nätverk där 30 personer från olika enheter på sjukhuset blev vårdkedjesamordnare i primärvården och äldreomsorgen. De träffades en eftermiddag i månaden och pratade om vad de upplevde som problematiskt och hur de skulle kunna åtgärda problemen. Mellan mötena huserade de, det vill säga gick bredvid, i varandras verksamheter för att få en ökad förståelse för arbetssituationer i olika delar av vårdkedjan. De utformade diverse olika blanketter och inrättade rutiner för att hantera avvikelser i verksamheten.

Samtidigt som dessa aktiviteter pågick i projektet började vårdkedjesamordnarna hålla informationsmöten för sina kollegor i respektive organisation. Projektgruppen bistod dem med oh-bil-

der som skulle underlätta informations-spridning. Chefer i alla involverade organisationer bjöds in till seminarier med externa föreläsare och en teatergrupp anlätades som uppförde sketcher som handlade om problematiken i vårdkedjan för äldre patienter. Det innebär att projektdeltagarna, samtidigt som de aktivt översatte idén och fyllde den med innehåll, började förpacka sin översättning av idén om vårdkedja. Den modell som successivt utvecklades döpte projektdeltagarna till ADA-modellen för att markera dess ursprung. Aktörerna i Ada-projektet kom att gå från att vara idéanvändare till att också bli idébärare.

Beda-projektet kopplas isär från den ordinarie verksamheten

Ledare och medarbetar i Beda-projektet var länge osäkra på meningen med projektet, men kom i praktiken att arbeta för att idén om vårdkedja skulle utnyttjas så att fortsatt åderlåtning av Sjukhusets resurser kunde förhindras. Istället för att problematisera och verksamhetsanpassa idén om vårdkedja kopierades den generella modell som fanns beskriven i vårdkedjelitteraturen. Med hjälp av kvantitativa verktyg kartlades flöden i verksamheten som kunde relateras till en viss diagnos och flödes-scheman ritades för att illustrera vårdkedjorna. Kartläggningarna genomfördes av projektmedarbetare utan att övrig personal berördes. Resultatet av kartläggningarna väckte inte något större intresse hos personalen och bidrog bara högst marginellt till ändrade arbetsprocedurer. Aktörerna i projektgruppen kunde för ALI visa upp genom-

förda dialoger över yrkes- och avdelningsgränser, vilket legitimerade finansieringen. För beslutsfattare och opinionsbildare inom sjukvårdsområdet kunde man visa dokument på en kostnadseffektiv och hårt rationaliserad verksamhet.

Beda-projektets översättning av vårdkedjeidén kan beskrivas som att vårdkedja – istället för att anpassas till rådande praktik – kombinerades med en annan normativ modell som redan introducerats på Sjukhuset. Projektgruppen valde att tillämpa en färdig modell för att kartlägga flöden och mäta tidsåtgång i olika skeden. De aktiviteter som bedrevs i projektet var också frikopplade från de aktiviteter som bedrevs på "golvet" (Meyer och Rowan 1977) och projektet syftade i huvudsak till att försvara en redan hårt pressad verksamhet.

I Beda-projektet har strategiska frågor kommit att stå i centrum. Å ena sidan kunde sjukhuset visa upp utvecklingsarbete med vårdkedjor i fokus och att man i stark konkurrens med andra vårdenheter erövrade en plats i ALI's sjukvårdsprogram. Det har legitimerat sjukhuset som modernt, kundorienterat och framgångsrikt gentemot såväl allmänheten och konkurrenter (andra sjukhus). Å andra sidan har projektledningen kunnat använda sig av kartläggningarna för att försvara Sjukhuset inför politiker och beslutsfattare. De har kunnat visa att deras verksamhet redan är effektiv och fungerar bra, men att ansvaret för ytterligare rationalisering måste tas av beslutsfattarna själva.

Slutsatser

Genom att analysera Sjukvårdsprogrammet och vårdkedjeprojekten med hjälp av idé-modellen har olika översättningar av idén om vårdkedja framträtt genom Arbetslivsinstitutet formulering av programmet och projektens olika översättningar av vad vårdkedja innebär.

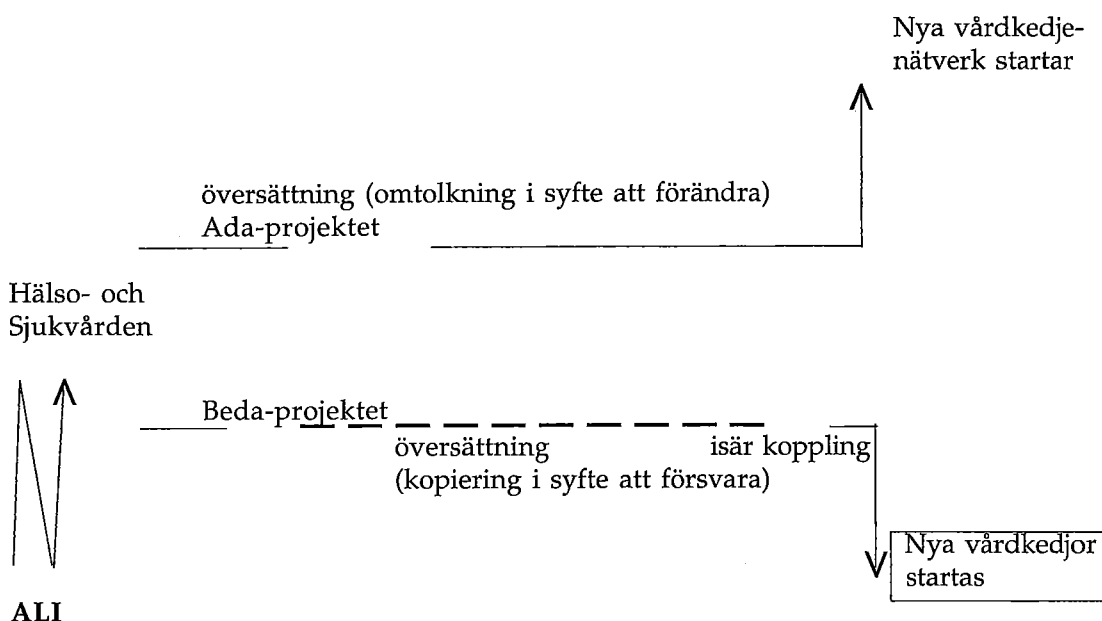
Idén om vårdkedja uppmärksammades på olika sätt i de båda projekten. I Ada-projektet såg projektdeltagarna snart att idén kunde användas för att förändra verksamheten i önskad riktning. I Beda-projektet fanns det länge ett motstånd mot att befatta sig med idén, men då projektdeltagarna uppfattade att idén kunde användas för att öka verksamhetens legitimitet och kanske förhindra ytterligare rationaliseringar fick projektet styrfart. Brunsson och Jacobsson pekade i boken *Standardisering* på den frihet att välja som mottagare av standarder har när det gäller hur mycket praktisk förändring man vill genomföra. De hävdade att den som vill ändra sin praktik kan hävda att denna för närvarande inte överensstämmer med önskvärd standard, medan den som inte vill ändra sin praktik kan hävda motsatsen (Brunsson och Jacobsson 1998, sidan 150). Ett generellt koncept av den typ som vårdkedja utgör kan sägas vara en standard inom hälso- och sjukvården. Med detta synsätt kan man säga att aktörerna i Ada-projektet valde att se den existerande praktiken som otillräcklig i förhållande till vad lämplig standard fordrade och att praktiken därför måste förändras, men i en riktning man själva bestämde. Aktörerna i Beda-pro-

jektet valde tvärtom att presentera sin praktik som att den i stort stod i överensstämmelse med god och gällande standard och att den därför inte behövde förändras annat än marginellt – det räckte således att presentera utsnitt av verksamheten som vårdkedjor.

Konkretisering av vårdkedjeidén innebar i Ada-projektet att deltagarna hade lätt att koppla ihop upplevda problem och idén om vårdkedja – den uppfattades som tillräckligt flexibel för att kunna översättas så att upplevda problem fick en lösning. Det innebar att de omedelbart kom igång med aktiviteter för att utveckla en egen modell för vårdkedja. I Beda-projektet däremot såg projektdeltagarna emellertid inte vårdkedjeidén som en lösning på sina verksamhetsproblem. Däremot sökte de argument för att förhindra resursnedskärningar och stärka uppfattningen att verksamheten var effektiv och höll mycket hög kvalitet. Dialog kring sådana teman förs sällan explicit och i stora sällskap – det handlar mer om underförstådda budskap. Det är därför inte förvånande att hela processen för att motivera projektets existens kännetecknades av tvehägsenhet och otydlighet,

medan däremot aktiviteterna som sådana – kartläggningar av flöden – blev tydliga och enkla att visa upp. Det indirekta budskapet – kostnadseffektiv och högkvalitativ vård som snarare bör tillskjutas än fräntas resurser – fick betraktaren själv dra.

Ada-projektet kom att utveckla en egen vårdkedjemodell. Modellen förpackades och kopplades loss från den lokala kontexten i syfte att marknadsföra och sprida modellen. På så sätt hoppades projektdeltagarna att deras nätverk skulle fortleva då ALI's externa finansiering tog slut. Beda-projektets kartläggning av vårdkedjor kom att fungera som en legitimeringsprocess. I ett första skede visades resultatet upp på en nationell kvalitetsmessa. I ett andra skede fick de första delprojekten – fyra vårdkedjor – efterföljare på Sjukhuset, än fler delar av verksamheten skulle på det sättet skyddas från ingrepp utifrån. Någon anledning att sprida och marknadsföra modellen som sådan fanns inte, då det inte handlade om att explicit förändra – utan om att implicit försvara – verksamheter. I figuren nedan illustreras de olika översättningsprocesserna:



Figur 3. Två översättningsprocesser av vårdkedjeidén.

Hälso- och sjukvården är en heterogen sektor men kan ändå betraktas som ett organisatoriskt fält. Sahlin-Andersson (1996) beskrev ett fält som ett system av relationer där centrala och perifera positioner utvecklas och där dominerande organisationer formar referenspunkter och modeller. Centrala utvecklingsmyndigheter samt arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer inom vården kan betraktas som dominerande organisationer i hälso- och sjukvården och de studerade vårdkedjeprosjekten representerar olika delar av den heterogena sjukvårdssektorn. Därmed omfattar Sjukvårdsprogrammet, med projekten och programledningens aktörer, en viktig del av fältet.

Ada-projektet hade sitt ursprung och förankring i kommunens äldreomsorg och syftade till att åstadkomma goda överföringar av patienter mellan olika vård- och omsorgsorganisationer. Beda-projektet bedrevs av specialister

på ett sjukhus och syftade till att förhindra ytterligare rationalisering inom en och samma organisation. Det är uppenbart att projekten representerar olika "delfält" inom hälso- och sjukvården. Vår första slutsats är att den kontext, som studieobjekten är "inbäddade" i, är central för att förstå varför översättningar blir så olika när samma generella idé möter lokal praxis.

Vår andra slutsats är att också projekt och andra planerade förändringsprocesser bör förstås och värderas utifrån olika perspektiv. De instanser som kontrollerar ekonomin har också stora möjligheter att sätta värdestämplor på de aktiviteter de bekostar. Tolkningsföreträdet kan ta sig uttryck i kriterier som denna eller dessa instanser formulerar. Kriterierna signalerar "sändarnas" ideal vad gäller exempelvis "den goda processen" eller "det goda resultatet". I exemplet vi förevisat fungerade Arbetslivsinstitutet som en sådan krite-

riestämmande instans, där Ada-projektet framhölls som ett gott fall medan Beda-projektet ansågs som misslyckat. Om projekten istället betraktas utifrån sina respektive lokala kontexter är en sådan värdering långt ifrån självklar. Snarare kan båda projekten anses ha gjort kloka översättningar – vårdkedje-idén och de externa resurser som medföljde ett projektdeltagande i programmet användes för att ta itu med de överhängande lokala problem man hade, oavsett vad den styrande centrala myndigheten hade för intentioner.

Om lokala aktörer i många fall gör kloka översättningar av centralt formulerade idéer och allmängiltiga koncept, oavsett hur de värderas av finansiärer och centrala styrningsförsök, så finns det anledning att vara optimistisk. Man får dock räkna med att magra lokala kassor för exempelvis utvecklingsarbete tvingar fram ett beroende av externa medel och därmed ett opportunt beteende gentemot centrala aktörer. Risker är då överhängande att fattiga verksamheter endast har råd att göra kloka översättningar om de sammanfaller med finansiärers föreställningar om "lyckade utvecklingsprojekt". Resultatet blir då att operationen (läs utvecklingsprojektet) lyckas men patienten (läs verksamheten) dör. Mycket vore därför vunnet om centrala beslutsfattare i lägre grad ägnade sig åt att försöka genomföra sina egna tolkningar av "den goda vägen" eller "den goda organisationen" och i högre grad lyssnade på lokala argument och erfarenheter.

Referenser

Brunsson, Nils och Bengt Jacobsson, 1998

"Standardisering." Stockholm: Nerenius & Santérus förlag.

Czarniawska, Barbara och Bernward Joerges, 1996

"Travels of Ideas." I Czarniawska, Barbara och Guje Sevón (red) "Translating Organizational Change." Berlin: de Gruyter.

Berger, Peter och Thomas Luckmann, 1967/1979

"Kunskapssociologi – Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet." Stockholm: Wahlström och Widstrand.

Erlingsdottir, Gudbjörg, 1999

"Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården." Lund: Ekonomi högskolan.

Landstingsförbundet, 1998

"Vården – en framtidsbransch."

Latour, Bruno, 1998

"Artefaktens återkomst." Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag.

Leffler, Jonas, 1998

"Vårdkedjans möjligheter och begränsningar." KFi-rapport 39.

Lindberg, Kajsa och Björn Trägårdh, 2000

"Lean-koncept i magra vårdorganisationer." I. Barklöf, K (red) "Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer." Stockholm: Rådet för Arbetslivsforskning,.

Lindberg, Kajsa och Björn Trägårdh, 2000

"Idé, handling och resultat – en studie av lokal vårdkedjeutveckling." CORE WP 2000:3.

Meyer John W. och Brian Rowan, 1977

"Institutionalized Organizations – Formal Structure as Myth and Ceremony." American Journal of Sociology, 83(3):340–363.

Sahlin-Andersson, Kerstin, 1996

"Imitating by Editing Success: The Construction of Organization Field." I Czarniawska, Barbara och Guje Sevón (red) "Translating Organizational Change." Berlin: de Gruyter.

Sahlin-Andersson, Kerstin och Nils Brunsson, 2000

"Construction Organizations: The Example of Public Sector Reform." *Organization Studies*, 21(4):721-746.

Sevón, Guje, 1996

"Organizational Imitation in Identity Transformation." I Czarniawska, Barbara och Guje Sevón (red) "Translating Organizational Change." Berlin: de Gruyter.

Tolbert, Pamela S. och Lynne G. Zucker, 1996

"The Institutionalization of Institutional Theory." I Clegg, S.R., C. Hardy och W.R. Nord, (red) "Handbook of Organizational Studies." London: SAGE Publishing.

Åhgren, Bengt, 1997

"Vårdkedjan. Patientfokusering, en väg till ökad kvalitet och effektivitet." Lund: Studentlitteratur.

ⁱ Begreppet vårdkedja kan relateras till "värdekedjor" som används inom industrin som utgår från en linjär och sekventiell beskrivning av produktens förädlingskedja (se till exempel Porter, 1985).

ⁱⁱ Studierna har genomförts av en grupp forskare vid CORE, Center for Research on Organizational Renewal.

ⁱⁱⁱ Representanter från Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Läkarförbundet, Vårdförbundet och Kommunalarbetarförbundet.

^{iv} Sjukvårdsprogrammet och dess uppläggning är inspirerat av tidigare forskningsprojekt och utvecklingsarbeten där "den demokratiska dialogen" (Gustavsen, 1990) stått i centrum. Sjukvårdsprogrammet kom därför att präglas av en retorik som gav uttryck för dessa ideal.