

Utveckling av samverkan

**Ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso-
och sjukvård**

Ingela Furenbäck

Handledare:

Runo Axelsson

Eric Olsson

Sven-Erik Olsson

*Vårt digra sökande efter evidens
som bekräftar gamla sanningar
är troligen det största hindret mot
nya insikter, kunskap och utveckling.*

SAMMANFATTNING

Syfte: Det övergripande vetenskapliga syftet med denna avhandling att nå en ökad förståelse om samverkansprocesser.

Ansats och metoder: Studien har bedrivits genom deltagarorienterad aktionsforskning inom hälso- och sjukvården i Hässleholm. Aktörer på verksamhetsfältet har strävat efter att utveckla samverkan för att tillsammans kunna utveckla närsjukvård. Forskningen har genererat kunskap utifrån lokala omständigheter att tjäna som underlag för beslut om att genomföra praktiska förändringar i verksamheten. En kombination av olika metoder har använts för att generera empiriskt material, där den huvudsakliga metoden har varit deltagande observationer med dialog. Därutöver har intervjuer och granskning av dokument använts samt en forskningscirkel, som är en speciell metod inom deltagarorienterad aktionsforskning. Studien har haft en hermeneutisk ansats och tolkningar har gjorts med stöd av olika teoretiska perspektiv och modeller. Kurt Lewins fältteori har utgjort en övergripande teoretisk ram för studien.

Resultat: En ökad förståelse om den studerade samverkansprocessen kunde nås genom att beskriva och tolka skeenden som antogs ha påverkat utvecklingen av samverkan. Processen beskrevs både utifrån vertikal och horisontell integrering inom och mellan organisationer. Beskrivningen innefattade komponenter som fanns både inom arbetsprocesser och sociala processer. Den studerade samverkansprocessen delades in i delprocesser där var och en del innehöll en viss typ av aktivitet som genomfördes för att stödja utvecklingen av samverkan. Två olika strategier för utvecklingen av samverkan identifierades och illustrerades genom olika modeller: den linjära hierarkiska modellen respektive den dynamiska modellen. Den sistnämnda utvecklades genom aktionsforskningen.

Slutsatser: I ett första skede bedrev deltagarna på fältet samverkan med stöd av den linjära hierarkiska modellen. Denna modell utgör ett tankeschema där samverkan utvecklas i en linjär hierarkisk process. Politiker fattar beslut, chefer planerar och professionella genomför aktiviteterna. Modellen utgår ifrån ett konsensusteoretiskt perspektiv där konflikter betraktas som störande element. Det innebär i detta fall att aktörer inom olika domäner och organisationer undvek varandras olika föreställningsvärldar varpå samverkansprocessen stötte

på hinder i utvecklingen. Aktionsforskningen intervenerade i processen genom arrangera kommunikationsarenor med deltagare från olika domäner och organisationer. Samverkan utvecklades på så sätt utifrån den dynamiska modellen. Denna modell innehåller antaganden om att samverkansprocesser är dynamiska och har sin utgångspunkt i ett konfliktteoretiskt perspektiv där konflikter betraktas som naturliga i processen.

Nyckelord: Samverkan, process, deltagarorienterad aktionsforskning, organisation, konflikt, kommunikationsarenor.

ABSTRACT

Development of collaboration: A participatory action research project within Swedish health care

Objective: The general scientific objective of this thesis is to reach a greater understanding of processes of collaboration.

Design and methods: The study was conducted through participatory action research within the health services of Hässleholm, Sweden. The people involved, who were participants of different activities related to health care, aimed at developing their collaboration in a collective attempt to facilitate the development of an integrated local health care. Based on local circumstances and perspectives, the research has generated knowledge on which future decisions on how to implement practical changes can be made. A combination of various methods was used to generate empirical material, where the main method was participant observation with dialogue. In addition, interviews and document reviews were conducted as well as the use of collaborative inquiry, which is a specific method within participatory action research. The study was conducted according to a hermeneutic approach and interpretations were supported by various theoretical perspectives and models. Kurt Lewin's field theory constituted a general theoretical frame of reference for the study.

Results: By describing and interpreting the course of events that were presumed to have an impact on the development of collaboration, a greater understanding of the observed collaboration process was achieved. The process was described in terms of vertical as well as horizontal integration within and between organisations. This description included components that were present in work processes as well as social processes. The observed collaboration process was divided into sub-processes, each of them containing a certain type of activity that was performed in support of the development of collaboration. Strategies for development of collaboration were identified and illustrated by different models: the linear hierarchical model and the dynamic model. The latter was developed through action research.

Conclusions: At an initial stage, collaboration among the participants in the field was supported by a linear hierarchical model, which constitutes a mind map where collaboration is developed in a linear hierarchical process. Politicians make decisions, managers make plans

and professionals implement activities. The model emanates from a consensus theoretical perspective, where conflicts are regarded as disruptive elements. In this case, participants from various domains and organisations avoided the different conceptual worlds of one another, which led to impediments in the developments of the collaboration process. The action research made it possible to intervene in the process by arranging communication arenas with and for participants from the different domains and organisations. Thus, collaboration came to evolve from a dynamic model, which includes the assumption that collaboration processes are dynamic and is based on a conflict theoretical perspective, where conflicts are regarded as natural aspects of the processes.

Keywords: Collaboration, processes, participant oriented action research, organisation, conflict, communication arenas

FÖRORD

Att skriva denna avhandling har inneburit att arbeta självständigt, samtidigt som det har varit en kollektiv läroprocess. Tillsammans med andra har kunskap och förståelse utvecklats om samverkan, som jag inte ensam hade lyckats uppnå. Sådana synergieffekter upplevde jag både ute på verksamhetsfältet, med deltagarna ute i Hässleholms kommun och Hässleholms sjukhus organisation, samt med kollegerna inom Nordic School of Public Health och Högskolan Kristianstad.

Först vill jag tacka deltagarna på fältet, för att ni lät mig bli delaktig och för att jag fick lov att följa er i ert utvecklingsarbete under flera år. Tack för att ni tog emot mig och delade med er av era upplevelser och erfarenheter samt för ert deltagande i forskningens olika avgöranden. Forskningsprocessen tillsammans med er var en omtumlande och lärorik resa för mig. Det starkaste intrycket är den kraft som jag upplevde fanns hos er deltagare och den potential för utvecklingsarbete som visade sig.

Sedan vill jag tacka mina tre handledare Runo Axelsson, Eric Olsson och Sven-Erik Olsson. Det har varit en förmån att ha er som handledare, ni har alla varit outhärliga på olika sätt. Ni har ofta kommit med nya perspektiv och både stöttat och utmanat mig. Ni har hjälpt mig att lyfta både mig själv i håret och min förmåga. Tack till er alla tre.

Nästa tack vill jag rikta till Nordic School of Public Health i Göteborg. Tack för alla lärorika kurser, som alltid har varit innehållsrika och pedagogiskt stimulerande. Ofta deltog flera engagerade lärare på kurserna och tillsammans hade vi lärande dialoger omkring alla våra forskningsprojekt. Utöver min huvudhandledare Runo Axelsson har jag lärt känna många andra drivna och duktiga forskare och doktorander. Alla kan inte nämnas här, men vissa kan jag inte låta bli att nämna som Susanna Bihari Axelsson, Andrea Eriksson, Bengt Åhgren, Johanna Andersson, Fredrik Lindencrona, Anci Sandell, Christina Fleetwood, Georg Førland, Helga Sól Olafsdóttir och Anne Clancy. Som sagt är det många fler, tack till er alla, för ert engagemang och er tilltro.

Högskolan Kristianstad har gjort det möjligt för mig att genomföra studien. Dels genom att finansiera projektet och dels genom att jag fick tillhöra forskningsplattformen för närsjukvård.

Tillsammans med andra forskare och doktorander utvecklades kunskaper om aktionsforskning. Flera andra kolleger har engagerat sig i studien och gett mig kollegial handledning. Även här kan jag inte nämna alla som har haft betydelse, men jag kan heller inte låta bli att nämna några som Ann-Margreth Olsson, Vesa Leppänen, Lena Persson, Britt Krantz, personalen på biblioteket och Lärande Resurs Centrum samt doktorandgruppen. Tack för att ni har stöttat och trott på mig.

Allra sist vill jag tacka min familj. Tack mina tre kära barn, Jessi, Max och Tora för att Ni finns, för att ni har visat förståelse för mina studier och för att ni har förmedlat nyfikenhet och stolthet. Allra sist vill jag tacka min älskade man, Per, för ditt engagemang, ditt stöd och din tillit. Våra dagliga dialoger om organisationer, processer och utveckling har varit oundgängliga för mig och studien. Låt oss fortsätta att utvecklas tillsammans.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRTECKNING ÖVER TABELLER	5
FÖRTECKNING ÖVER FIGURER	5
Första delen	6
KAPITEL I FORSKNINGSPROJEKTET	7
En studie av samverkan	7
Den svenska hälso- och sjukvården	11
Utvecklingstendenser på nationell nivå	13
Närsjukvård genom samverkan	14
Hälso- och sjukvårdsutvecklingen på regional nivå	15
Hälso- och sjukvården i Hässleholm	18
Hässleholms sjukhus	18
Primärvården i Hässleholm	19
Hässleholms kommun	20
Högskolan Kristianstad	21
Avhandlingens syfte, frågeställningar och uppläggning	22
KAPITEL II FORSKNINGSSOMRÅDET	24
Folkhälsovetenskap	24
Folkhälsa och folkhälsoarbete	25
Utvecklingen av det svenska välfärdssamhället	26
Välfärdssystemets organisering	27
New Public Management	28
Fragmentering och samverkan	31
Samverkan i folkhälsoarbete	33
Sammanfattande reflektioner	37
KAPITEL III TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	39
Samverkansbegreppet	39
Samverkan som organisatoriskt fenomen	41
Nyinstitutionalism	42
Domänteori	43
Strukturella modeller	45
Processer i samverkan	47
Ett dynamiskt perspektiv	48
Fältteori	50
Modell av interaktionsprocesser	51
Samverkan i ett konfliktperspektiv	52
Konflikter och konflikthantering	53
En konflikthanteringsmodell	55
Tillit mellan aktörer	57
Gemensamt mål	59
Grupptänkande	62
Tidigare forskning om samverkan	62
Sammanfattande reflektioner	64

KAPITEL IV METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	68
Vetenskapsfilosofiska utgångspunkter	68
Deltagarorienterad aktionsforskning	71
Deltagarorienterad aktionsforskning i Hässleholm	77
Centrala element i deltagarorienterad aktionsforskning	79
Träda in i fältet.....	79
Förhandla	80
Identifiera frågor	80
Planera hur frågorna ska besvaras	81
Generera material	81
Återföring av material	81
Planering av interventioner.....	82
Genomförande av interventioner	83
Metoder för att generera material	84
Deltagande observation	84
Forskningscirkel.....	87
Fältanteckningar och ljudinspelningar.....	90
Insamling av dokument.....	91
Olika metoder i olika sammanhang.....	92
Det empiriska materialet.....	94
Tolkning och analys av materialet	97
Tolkningsprocedurer under samverkansprocessens gång.....	98
Analys av samverkansprocessen.....	99
Om trovärdighet och vad som är sant.....	101
Överförbarhet.....	104
Etiska aspekter och dilemman.....	105
Andra delen.....	109
KAPITEL V STUDIEOBJEKTET	110
Närsjukvårdsutvecklingen i Hässleholm	110
Dramatis personae	112
KAPITEL VI INLEDNINGEN AV PROJEKTET	115
Hur CUU-projektet blev ett aktionsforskningsprojekt	115
Inledande kontakter	115
Kartläggning av CUU-projektet	117
Forskningsprojektet startar	119
Samverkan utifrån kommunens perspektiv.....	120
Samverkan utifrån primärvårdens perspektiv	122
Sammanfattande reflektioner	123
KAPITEL VII SAMVERKANSPROCESSEN	125
Samverkansprocessens struktur	125
Delprocess 1: Initieringen av utvecklingsarbetet	127
Beslut.....	127
Planering.....	131
Genomförande.....	135
Samverkan	136
Närsjukvård	144

Delprocess 2: Utvecklingsarbetet på avdelningen	147
Beslut.....	147
Planering.....	149
Genomförande.....	150
Uppföljning.....	150
Återföring.....	156
Delprocess 3: Ledningen av utvecklingsarbetet	161
Beslut.....	161
Planering.....	162
Genomförande.....	178
Delprocess 4: Avslutningen av utvecklingsarbetet	180
Några återföringssituationer	183

Tredje delen 188

KAPITEL VIII ANALYS AV SAMVERKANSPROCESSEN 189

Målen med närsjukvård och samverkan	189
Vad närsjukvård innebar för ledningen	189
Vad närsjukvård inte innebar för ledningen.....	191
Vad samverkan innebar för ledningen	193
Vad närsjukvård och samverkan innebar på avdelningen.....	195
Gemensam målsättning	199
Samverkansprocessens betydelse	201
Samverkansprocessen	203
Samverkan genom implementering av vårdprocesser	204
Bristande delaktighet.....	205
Svaga kopplingar.....	207
En linjär hierarkisk samverkansmodell	213
Samverkan med stöd av kommunikationsarenor	214
Svaga och förstärkta kopplingar	215
Hur konflikter och olikheter hanterades	217
En dynamisk samverkansmodell	217
Avslutningen av samverkansprocessen.....	218
Vad som var centralt i samverkansprocessen	221
Aktionsforskaren föranleder kaos och utveckling	224
Konsensus- kontra konfliktteoretiskt perspektiv	226
Forskarrollen	228
KAPITEL IX	232
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	232
Tillbaka till forskningsfrågorna	232
Hur kan samverkansprocessen beskrivas?	232
Vilka skeenden var centrala och betydelsefulla?	233
Vilka utvecklingsstrategier användes?	234
Vilken betydelse hade aktionsforskningen?	235
Hur kan deltagarnas handlingar förklaras och förstås?.....	235
Hur kan samverkansprocessen förklaras och förstås?	236
Avslutande kommentarer.....	238

REFERENSER 241

Bilaga 1: En bibliometrisk studie	253
Bilaga 2: Kartläggning av CUU-projektet med hjälp av en logisk modell (Olsson, 2005).	257

FÖRTECKNING ÖVER TABELLER

Tabell 1: Domäner i en människobehandlande organisation.	44
Tabell 2: Olika typer av mål vid samverkan.	61
Tabell 3: En översikt av det empiriska materialet i denna studie.....	95
Tabell 4: Nyckelpersoner i CUU-projektet, deras yrke eller position och organisation.	113
Tabell 5: Vad närsjukvård innebar för ledningen inom regionen.	190
Tabell 6: Vad närsjukvård inte innebar för ledningen inom regionen.	192
Tabell 7: Vad samverkan innebar för ledningen inom regionen.	194
Tabell 8: Vad närsjukvård och samverkan innebar för avdelningen.....	196
Tabell 9: Samverkan som en linjär hierarkisk modell.....	213
Tabell 10: Samverkan som en dynamisk modell.	218
Tabell B1.1: Antal artiklar med sökorden samverkan, samverkan och process, samt samverkan, process och konflikt i abstraktet som publicerats under ett visst antal år.	254
Tabell B1.2: Antal artiklar med olika kombinationer av sökorden samverkan, process, organisation, konflikt, aktionsforskning och hälsa i texten, abstraktet eller nyckelorden.	255

FÖRTECKNING ÖVER FIGURER

Figur 1: Forskningsprojektets två övergripande mål.....	10
Figur 2: Olika integrationsformer	40
Figur 3: Olika former av samarbete.	46
Figur 4: Den tillitsskapande processen.....	58
Figur 5: Den teoretiska referensramen och dess olika komponenter.	66
Figur 6: Aktionsforskningscykel.	73
Figur 7: Den Skandinaviska modellen för deltagarorienterad aktionsforskning.....	76
Figur 8: Arbetsgången i en forskningscirkel	88
Figur 9: CUU-projektet och de olika enheter och grupper som ingick i projektet.....	112
Figur 10: Den tidsmässiga relationen mellan de olika delprocesserna.	126
Figur 11: Nätverk för forskning om och utveckling av närsjukvård genom samverkan.....	132

Första delen

KAPITEL I

FORSKNINGSPROJEKTET

En studie av samverkan

Detta är en avhandling i folkhälsovetenskap och den behandlar ett fenomen som blivit allt viktigare att studera inom folkhälsovetenskapen, nämligen samverkan. Alltsedan Ottawamantestet för hälsofrämjande arbete (WHO, 1986) har gränsöverskridande samverkan mellan olika samhällsaktörer betraktats som en nödvändig strategi för att kunna förbättra folkhälsan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Samverkan har också blivit en vanlig strategi för att hantera olika problem i välfärdssystemet, samt för att förbättra och utveckla välfärden i största allmänhet.

Under senare år har samverkan blivit något av en trend i samhället (Hjern, 2007), samtidigt som erfarenheter och forskning visat att det kan vara svårt och problematiskt att utveckla en fungerande samverkan (se t.ex. Huxham & Vangen, 2005; Johansson, 2011). En av mina inledande funderingar inför denna studie var hur det kunde komma sig att något som är så svårt och problematiskt att uppnå samtidigt kunde bli en trend. Fenomenets aktualitet och komplexitet väckte mitt intresse att vilja veta vad som kunde ske i en samverkansprocess och för att kunna förstå densamma. I avhandlingen används begreppet samverkansprocess för att beteckna det händelseförlopp som utspelas och som kan påverka förloppet, då aktörer har en uttalad ambition om att utveckla samverkan. Begreppet aktör används då en person agerar som representant för en organisation eller en verksamhet, men det kan även syfta på en hel organisation.

Mina egna tidigare erfarenheter av samverkan kommer från mitt yrke som socialsekreterare och personalkonsulent. Jag tog socionomexamen 1988 för att sedan arbeta med socialt arbete på olika nivåer. Det handlade om individ-, familje- och gruppnivå såväl som organisations- och samhällsnivå. Under tio år arbetade jag först som socialsekreterare inom en kommun och därefter som personalkonsulent inom en kommunal företagshälsovård. Sedermera övergick jag till att undervisa i socialt arbete som universitetsadjunkt vid Högskolan Kristianstad. Mitt arbete som socialsekreterare innebar framförallt att arbeta med enskilda individer och familjer, oftast i samverkan med andra myndigheter. Det innebar även att utveckla

förebyggande samhällsinsatser i samverkan med andra myndigheter. Eftersom jag var intresserad av metodutveckling och gruppprocesser genomförde jag även flera olika former av gruppverksamheter under dessa år. Ett par av verksamheterna dokumenterades och utmynnade i examensarbeten till magister i socialt arbete och till personalkonsulent, det sistnämnda i en utbildning som Arbetslivsinstitutet anordnade.

Även om detta är en avhandling i folkhälsovetenskap är stora delar präglade av mina erfarenheter av socialt arbete och de teorier som ligger till grund för denna verksamhet. Socialt arbete är, liksom folkhälsovetenskap, ett tvärvetenskapligt ämnesområde. Det går inte att finna en klar entydig definition av socialt arbete, utan den skiftar mellan olika traditioner och länder. Payne (2008) hävdar att socialt arbete är mångtydigt och omdiskuterat, men att det finns vissa gemensamma drag. Han anger att det handlar om social förändring, problemlösning och att öka människors välbefinnande. Enligt International Federation of Social Workers (IFSW) tar socialt arbete sin utgångspunkt i teorier om beteende och sociala system och studerar interaktion mellan individer och omgivning, samt inom och mellan grupper, organisationer och samhälle. Inom området finns grundläggande principer om mänskliga rättigheter och social rättvisa, samt ett erkännande av komplexitet i interaktioner (IFSW, 2005). I Sverige är Bengt Börjesson en av de främsta forskarna inom socialt arbete. Han beskriver ämnet som mångskiftande och öppet, vilket skapar möjligheter för nya tankegångar och förändringar av begreppet. Socialt arbete är på så sätt inte ett slutet kunskapsfält (Börjesson, 2010).

Liksom IFSW betraktar jag interaktioner och processer som komplexa företeelser. En utgångspunkt i denna studie är att flera faktorer på olika nivåer kan påverka det som sker då aktörer samverkar. Vidare betraktar jag samverkan som en dynamisk process, där konflikter är naturliga inslag. Detta har lett till i att jag har valt att betrakta samverkansprocesser utifrån Kurt Lewins (1951) fältteoretiska perspektiv, som kommer att presenteras längre fram. Utifrån fenomenets komplexitet var det också lämpligt att välja en deltagarorienterad form av aktionsforskning (PAR efter den engelska beteckningen "Participatory Action Research") som design för studien. Med min yrkesbakgrund och utbildning hade jag erfarenheter som var till gagn för att bedriva forskning med denna design. Jag hade erfarenhet av att följa och inter文enera i sociala processer, till exempel att observera, intervjua, sammanställa och samtala om skeenden i pågående sociala processer.

En utgångspunkt i PAR är att samverkan mellan forskning och verksamheter på fältet ska kunna gynna varandras arbete och mål. Strävan är att teori och praktik ska mötas på ett befruktande sätt; att de två ska mötas på lika villkor och ta hjälp av varandra för att utvecklas (Brydon-Miller, Greenwood & Maguire, 2003). Det finns antaganden om att forskningen, genom att generera ny kunskap utifrån lokala omständigheter, kan bidra till förändringar på det verksamhetsfält där forskningen bedrivs (Elden & Levin, 1991). Forskningen får å sin sida tillgång till material i naturliga miljöer. Det möjliggör att det som studeras kan observeras och följas direkt då det sker, samt diskuteras med de inblandade aktörerna under tiden. Aktörerna på verksamhetsfältet ska i sin tur erbjudas delaktighet i forskningen. Delaktigheten ska kunna erbjudas i forskningsprocessens olika faser, till exempel vid formulering av syfte och frågeställningar, urval, insamling av empiriska data, samt analys av dessa data. PAR-projekt har på så vis två övergripande mål, ett för forskningen och ett för verksamhetsfältet. Målen är sammanflätande och berör samma område eller tema och påverkar varandra reflexivt.

Studiens empiriska material handlar om en process inom hälso- och sjukvården som syftade till att utveckla närsjukvård. Beslutet om närsjukvård var en del av ett övergripande beslut som Region Skåne och Kommunförbundet Skåne fattade 2004. Detta beslut handlade om att genomföra en genomgripande strukturförändring av den skånska hälso- och sjukvården med beteckningen Skånsk livskraft – vård och hälsa. Det innebar att vården skulle delas upp i fyra områden, så kallade vårdlogiker, varav en av dessa benämndes närsjukvård. Närsjukvård skulle bli den största delen av hälso- och sjukvården och omfatta den vård som bedrevs inom kommunal hälso- och sjukvård, primärvård, samt även vissa delar av sjukhusvården. Den övergripande tanken var att de olika verksamheter som innefattades i det nya konceptet skulle förbättra hälso- och sjukvården genom att utveckla samverkan sinsemellan (Region Skåne, 2003a).

Det var denna utvecklingsprocess som studerades genom ett projekt med beteckningen CUU (Centrum för Utbildning och Utveckling), som genomfördes i Hässleholm. En del av materialet i denna avhandling visar också vad som skedde innan beslutet fattades om närsjukvård. Medverkande aktörer var Region Skåne, som representerades av olika aktörer inom Hässleholms sjukhus och en specialenhet inom primärvården i Hässleholm, samt Hässleholms kommun och Högskolan Kristianstad. Högskolan representerades av mig som deltagande aktionsforskare, men även av kliniska adjunkter som var verksamma inom

sjukhuset. CUU-projektet startades av aktörer inom sjukhuset, inom en internmedicinsk avdelning. Huvuddelen av projektarbetet skildras också utifrån regionens perspektiv.

Det övergripande målet för CUU-projektet var att utveckla närsjukvård genom samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården i Hässleholm. Att samverka inom hälso- och sjukvården var inget nytt, men samverkan hade under de senaste åren fått allt större uppmärksamhet både i Sverige och internationellt. Axelsson och Bihari Axelsson (2007) menar att utvecklingen inom välfärdssystemet har inneburit en allt högre grad av specialisering och därmed också en ökad fragmentering av verksamheten. Patienter och klienter riskerar att ”falla mellan stolarna” eller hamna i en ”rundgång” mellan olika institutioner och myndigheter (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007 sid.11). Samverkan har därför blivit allt viktigare. Hjern (2007) hävdar att samverkansbegreppet till följd av denna utveckling blivit något av ett modeord. Det har också bedrivits en rad försöksverksamheter med samverkan inom olika områden som i flera fall sedermera också har permanentats, till exempel olika former av finansiell samordning mellan olika aktörer inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Riksförsäkringsverket & Socialstyrelsen, 2001; SFS 2003:1210).

Det deltagarorienterade aktionsforskningsprojektet hade således två övergripande mål, ett för det berörda verksamhetsfältet och ett för forskningen. Det förra handlade om att utveckla samverkan inom hälso- och sjukvården, medan det andra handlade om att utveckla en ökad förståelse för vad samverkan innebär. Dessa mål hänger nära samman på det sätt som illustreras i följande figur.



Figur 1: Forskningsprojektets två övergripande mål.

För att få kunskap om vad som skedde i den studerade samverkansprocessen följdes de olika aktiviteterna i processen genom deltagande observationer med dialoger och intervjuer. Det empiriska materialet i denna studie består således av skeenden och utsagor som generades då de olika aktörerna inom Hässleholms sjukhus, primärvård och kommun samt Högskolan Kristianstad skulle utveckla närsjukvård genom samverkan. För att förstå en sådan samverkansprocess och dess komplexitet är det inte tillräckligt att beskriva vad som skedde, utan det insamlade empiriska materialet behöver även tolkas. Därför kom jag att välja ett hermeneutiskt angreppssätt. Centralt för hermeneutiken är det mänskliga, erkännandet av att det finns dolda meningar, strävan efter öppenhet, att tolka, erkännandet av att forskarens förförståelse har betydelse, samt dialogens centrala positionering för att nå förståelse (Ödman, 2001).

Den deltagarorienterade aktionsforskningsansatsen och det hermeneutiska angreppssättet har inneburit att forskningsprocessen på fältet har präglats av både förhandlingar och kreativitet. Forskningsplanen har inte varit detaljplanerad från början, utan den har förändrats alltefter forskningsprocessens gång. Den empiriska studien gjordes som nämnts inom hälso- och sjukvården i Hässleholm tillsammans med aktörer från sjukhuset, primärvården och kommunen, vilka bedrev ett projekt i samverkan för utveckling av närsjukvård inom området, det så kallade CUU-projektet. I den följande framställningen beskrivs bakgrunden till detta utvecklingsprojekt, samt hur det uppstod. Beskrivningen börjar med en beskrivning av den svenska hälso- och sjukvården och olika utvecklingstendenser på nationell nivå. Därefter beskrivs utvecklingen på regional och lokal nivå, som ledde fram till det studerade utvecklingsprojektet.

Den svenska hälso- och sjukvården

Den svenska hälso- och sjukvården bedrivs huvudsakligen inom den offentliga sektorn och är uppdelad på två huvudmän, kommuner och landsting eller regioner. Därutöver finns privat verksamhet som komplement och som alternativ. Landstingen och regionerna har ett generellt ansvar för sjukvården medan kommunerna har ansvar för social omsorg. Kommunernas ansvarsområde utökades emellertid genom den så kallade Ädelreformen (SOU1990/91:9), då de även fick ansvar för sjukvård för de äldre. Detta innebar bland annat att kommunerna fick anställa nya personalgrupper som distriktssköterskor och undersköterskor.

Hälso- och sjukvården inom landsting och regioner är uppdelad i tre nivåer: primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Primärvården ger grundläggande medicinsk behandling i öppenvårdscentraler. Länssjukvården innebär en mer specialiserad sjukvård, som bedrivs i länssjukhus och länsdelssjukhus. Regionsjukvården är högspecialiserad och bedrivs i regionsjukhus, där man tar ansvar för vård av mer komplicerade och sällsynta sjukdomar.

Hälso- och sjukvårdens organisering regleras ytterst av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2003:403) men även av andra lagar som Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387), samt Kommunallagen (SFS 1991:900). Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag som innehåller regler för all hälso- och sjukvård i Sverige. Den anger vilka skyldigheter vårdgivarna har, vare sig vården bedrivs inom landsting, kommuner eller i privat regi. Socialstyrelsen är den myndighet som bevakar att vårdgivarna lever upp till sina skyldigheter.

Under 1990-talet präglades hälso- och sjukvården av allt fler och äldre patienter, samtidigt som resurserna minskade. Befolkningen har blivit allt äldre och i Sverige har antalet personer över 80 år tredubblats sedan 1960-talet (Larsson & Szebehely, 2006). Detta innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kommunerna och i primärvården har fått ta ansvar för patienter med allt tyngre vårdbehov.

Under senare år har vårdresurserna inte ökat i takt med vårdbehoven. Hälso- och sjukvården inom landsting och regioner har präglats av ekonomiska åtstramningar. Sjukhusen har dragit ner på antalet vårdplatser och antalet patienter inom akutsjukvården har i det närmaste halverats från 1992 till 2003. Utvecklingen inom landstingen och regionerna har medfört växande köer, sämre kvalitet och ett hårt tryck på personalen (Proposition 1999/2000:149).

Enligt Larsson och Szebehely (2006) har även den kommunala äldreomsorgen under de senaste årtionden präglats av stora ekonomiska nedskärningar, samtidigt som vård och omsorgsbehovet har blivit större. Forskarna hävdar att under perioden från 1980-talet och fram till 2000, har Sverige fått allt fler äldre medborgare samtidigt som äldreomsorgen successivt har minskat. För personer som är 80 år och äldre innebar detta att 1980 fick 62 % av dem äldreomsorg medan år 2000 fick endast 37 % av dem någon form av äldreomsorgsinsats. Förändringen har framförallt handlat om indragning av serviceboende, medan hemtjänstinsatserna i hemmen har ökat. Konsekvenserna inom den kommunala

äldreomsorgen har inneburit att de tvingas prioritera, det vill säga att ge stöd och omsorg endast till personer med omfattande vårdbehov medan allt flera omsorgsbehövande äldre får stå utan äldreomsorg (Larsson & Szebehely, 2006).

Utvecklingstendenser på nationell nivå

Den svenska riksdagen fastställde år 2000 en Nationell handlingsplan (Proposition 1999/2000:149) som stöd för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. I planen presenterades den utveckling som hade skett under 1990-talet. Där framkom flera brister inom hälso- och sjukvården under denna tidsperiod. Bland annat påpekades brister i samverkan mellan och inom olika vårdnivåer, men det handlade även om finansiella och strukturella problem. Som åtgärd satsade regeringen nio miljarder kronor till hälso- och sjukvården, ett tillskott för att öka möjligheterna att åtgärda problemen.

I handlingsplanen fanns även beslut om vilken inriktning hälso- och sjukvårdsutvecklingen skulle ha under 2000-talets första decennium. Det övergripande syftet med planen var att skapa bättre förutsättningar för primärvården i landsting och kommuner, samt inom den specialiserade vården. Ett annat syfte var att förbättra vårdens kvalitet och tillgänglighet. Det framkom att kvalitetshöjningen skulle ske i samverkan mellan vårdgivarna. Av handlingsplanen framgår att det rent allmänt fanns ett stort behov av att stärka samverkan mellan vårdgivarna.

Staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet slöt ett utvecklingsavtal 1999, där parterna kom överens om insatser i linje med den Nationella handlingsplanen (Proposition 1999/2000:149). Parterna kom överens om att resurstillskottet bland annat skulle användas till att förbättra samverkan. Under 2000-talet har dessutom fler åtgärder vidtagits i syfte att stärka samverkan mellan kommun och landsting ytterligare. Tidigare fanns Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet som två självständiga intresse- och arbetsgivarorganisationer för de båda huvudmännen. Beslut om att bilda ett gemensamt nytt förbund togs år 2003 och år 2007 förverkligades detta genom bildandet av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Motivet var att de båda förbunden hade en närmare samverkan med varandra, såväl på den politiska som på kanslinivå (Sveriges kommuner och landsting, 2010).

Trots denna utveckling mot en ökad samverkan mellan kommuner och landsting finns det samtidigt krafter som riskerar att dra i motsatt riktning. 2010 infördes i de flesta regioner ett system med fritt vårdval inom primärvården, som bland annat har inneburit ett ökat inslag av privata vårdgivare (SOU:2008:37). Med fler aktörer inom primärvården kan det bli svårare att åstadkomma en fungerande samverkan inom hälso- och sjukvården. Det fria vårdvalet kan också leda till en högre omsättning av vårdgivare i samband med avvecklingar och nyetableringar, vilket kan försämra kontinuitet och samverkan (Åhgren, 2010a).

Närsjukvård genom samverkan

Närsjukvård och närvård var begrepp som förekom redan i mitten av nittio-talet (Alaby, 1996). Begreppen innebar ett nytt sätt att organisera och strukturera hälso- och sjukvården på lokal nivå. Vid ett seminarium 1996 om framtidens närvård, som kommunförbundet anordnade, var huvudbudskapet att ”nya strukturer måste till, strukturer som överskrider blockgränser” (Alaby, 1996 sid.3). Frågor som penetrerades vid seminariet var bland annat vad som krävs av en verksamhet för att ett verkligt möte mellan människor ska uppstå och för att personal inom denna organisation ska kunna ge utlopp för allt det kunnande och all den erfarenhet de har. Aspekter som togs upp som centrala var helhetssyn, kunskap, professionellt förhållningssätt och professionell improvisation (Alaby, 1996).

Begreppen spred sig och utvecklades inom hela landet under början av 2000-talet. Flera olika lokala utvecklingsinitiativ inom hälso- och sjukvården kom att benämnas närsjukvård. Det fanns ingen gemensam definition på vad närsjukvård innebar, inte heller några gemensamma utgångspunkter eller någon sammanhållen utvecklingsprocess som de olika närsjukvårdsinitiativen i landet utgick ifrån (Socialstyrelsen, 2003).

Beställarnätverket, som var en samarbetsorganisation i början av 1990-talet, för att stärka beställarfunktionerna hos sjukvårdshuvudmän med den så kallade beställar-utförarmodellen, har föreslagit en definition på närsjukvård som används av flera landsting:

”Närsjukvårdens uppgift är att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt” (Beställarnätverket, 2001, sid.9).

Vissa landsting använde andra definitioner, men dessa utgjorde ofta en vidareutveckling av Beställarnätverkets grundläggande definition. De kunde ha lagt till hur och av vem vården skulle ges eller vilka värderingar som skulle gälla. Det fanns också landsting som valde att inte definiera närsjukvård alls, utan avsåg att avvakta den fortsatta utvecklingen. Begreppet närvård användes ibland synonymt med närsjukvård, men detta begrepp var mer inriktat mot hälsa och hälsofrämjande arbete (Scholten, 2008; Socialstyrelsen, 2009). Ofta inkluderade begreppet närvård inte bara sjukvård inom landsting och regioner, utan även vård och omsorg som bedrevs inom kommunen samt av andra aktörer som samverkade med landstingen och regionerna. Närsjukvård kan därför ses som en del av det vidare begreppet närvård (Åhgren, 2006).

Socialstyrelsen (2003) beskriver att närsjukvårdskoncepten utvecklades på olika sätt och att de ofta byggde på olika lokala och regionala förutsättningar. Socialstyrelsens genomgång av den svenska närsjukvårdsutvecklingen visar att den kännetecknas av att syfta till förbättring av samverkan mellan tre huvudsakliga vårdaktörer: kommunal hälso- och sjukvård, landstingens och regionernas primärvård, samt delar av den specialiserade vård som bedrivs inom sjukhusen. För att kunna möta dagens och morgondagens vårdbehov anses vården behöva ”en samlad kompetens som är större och bredare än vad de nuvarande vårdaktörerna var och en för sig kan presentera” (Socialstyrelsen, 2003, sid.7-8).

En gränsöverskridande samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården är alltså en förutsättning för utveckling av närsjukvård. Denna utveckling motverkas dock av den ökade specialiseringen inom sjukvården. I Socialstyrelsens utvärdering av svensk hälso- och sjukvård (2009) konstateras att den ökade specialiseringen ökar revirtänkandet och fragmenteringen av olika verksamheter. Michaelis (2006) studie av närsjukvården i Skåne kommer också till liknande slutsatser.

Hälso- och sjukvårdsutvecklingen på regional nivå

År 2004 beslutade Regionfullmäktige och Kommunförbundet Skåne att genomföra en strukturförändring av den skånska hälso- och sjukvården. I uppdragsbeskrivningen kan följande bakgrund inför beslutet utläsas:

”Region Skåne har beslutat att genomföra Skånsk livskraft – vård och hälsa, som är ett förändringsarbete för att möta medborgarnas förändrade krav och värderingar samt den förändring som medicinsk teknologisk utveckling kräver och ger möjlighet till.

Förändringsarbetet inom hälso- och sjukvården och tandvården syftar till att ge Skånes befolkning en bättre och mer jämlik hälsa genom en trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård baserad på kvalitet, behov, valfrihet, mångfald och god ekonomisk hushållning. En viktig del i förändringsarbetet är att utveckla samverkan med andra intressenter särskilt den primärkommunala hälso- och sjukvården” (Region Skåne, 2001a, sid.2).

Enligt regionen var det den medicinska och tekniska utvecklingen, samt omvärldsförändringar, som krävde att den skånska vården skulle förändras i grunden. I ett annat dokument från regionfullmäktige framgår följande:

”Hälso- och sjukvården består av splittrade vårdprocesser där varje aktör och funktion gör sitt bästa, men sambanden dem emellan och bristen på helhetssyn skapar osäkerhet hos både patienter och medarbetare. Detta förhållande ger en otydlig bild av vårdens kompetens och kvalitet och kan leda till att patienter söker eller remitteras till annan kompetens eller vårdnivå än som är relevant” (Region Skåne, 2003a, sid.5).

Förändringen skulle inte bara vara en organisationsförändring utan en utvecklingsprocess. Denna process skulle handla om aktörernas sätt att samarbeta och processen skulle utgå ”från kärnan i verksamheten: mötet med patienten” (Region Skåne, 2003b, sid.4). En viktig del var det förebyggande hälsoarbetet och målet var ”att ge skåningarna en bättre och jämlikare hälsa” (Region Skåne, 2003b, sid.3). Utvecklingsprocessen innebar att dela in den samlade hälso- och sjukvården i termer av fyra integrerade delar, så kallade vårdlogiker: närsjukvård, specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård (Region Skåne, 2003b).

Av det dokument som utgjorde beslutsunderlaget inför beslutet om en ny struktur för hälso- och sjukvården (Region Skåne, 2004a) framgår att en av de fyra delarna – närsjukvården – skulle utgöra basen i hälso- och sjukvården och svara för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. Närsjukvården skulle omfatta all hälso- och sjukvård som kunde bedrivas inom primärvården och den primärkommunala hälso- och sjukvården. Vidare skulle

den omfatta en betydande del av internmedicin, psykiatri, geriatrik, palliativ vård och vård i livets slutskede, rehabilitering, habilitering och hjälpmedelsverksamhet. Därutöver skulle den också inkludera viss verksamhet i öppenvård inom övriga icke-opererande specialiteter.

Av samma dokument framgår även att närsjukvården skulle svara för förebyggande insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering samt hälsofrämjande arbete. Ledorden för närsjukvårdsutvecklingen skulle vara trygghet, kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn. Målet med utvecklingsprocessen för närsjukvård var att vården skulle utgå från medborgarnas behov och att den vård många oftast behöver skulle finnas nära människorna. Närsjukvården skulle dessutom vara välkomnande, lätt tillgänglig, erbjuda delaktighet och ha en helhetssyn på den enskildes behov. Vidare skulle närsjukvården stärka det hälsofrämjande arbetet och främja en bättre hälsa för befolkningen vilket ska leda till ett minskat vårdbehov.

Utifrån beslutsdokumentet kan målet med närsjukvården beskrivas som en kvalitetshöjning av vården genom bättre tillgänglighet, utvecklad helhetssyn, preventivt arbete, samt att patienten ska vara delaktig i vården. Denna kvalitetshöjning förväntades ske främst genom att utveckla samverkan mellan kommunerna och regionen (Region Skåne, 2004a). Ambitionen att utveckla samverkan kom från den så kallade ”gränssnittsöverenskommelsen” då Region Skåne bildades. Genom denna överenskommelse har sedan lokala samarbetsavtal tecknats mellan Region Skåne och de olika kommunerna inom regionen (Region Skåne, 2010).

En särskild regional projektgrupp för närsjukvård bildades för att säkerställa en regional helhetssyn för planering och genomförande av närsjukvård. Dessutom bildades en regional utvecklingsgrupp, som skulle fördjupa innehållet i närsjukvårdsbegreppet och svara för en regional helhetssyn. Ambitionen var även att komplettera med förändringskunskap från det lokala utvecklingsarbetet. Den politiska styrgruppen för Skånsk livskraft beskrev förverkligandet av närsjukvårdsutvecklingen som en mycket omfattande uppgift som krävde en gemensam grundsyn för att lyckas (Region Skåne & Kommunförbundet Skåne, 2003). För utvecklingsprocessen tillsattes fem lokala närsjukvårdsledningsgrupper som var och en ansvarade för närsjukvårdsutvecklingen inom ett geografiskt avgränsat område.

Hälso- och sjukvården i Hässleholm

Närsjukvårdsområdet som denna studie bedrevs i omfattar Hässleholms sjukhusorganisation, sex kommuner och flera primärvårdsenheter. Av dessa var sjukhusorganisationen, omsorgsförvaltningen i Hässleholms kommun, samt en specialenhet inom primärvården involverade i denna studie. Här följer en presentation av dessa aktörer och det utvecklingsprojekt som de bedrev, vilket sedermera blev PAR-projektet i denna studie.

Hässleholms sjukhus

Hässleholms sjukhus består av flera byggnader med olika kliniker och enheter som har det gemensamma namnet Hässleholms sjukhusorganisation. Upptagningsområdet för sjukhuset omfattar sex kommuner med sammanlagt 170 000 invånare. Sjukhuset hade vid slutet av tiden för aktionsforskningsprojektet, det vill säga år 2008, cirka 200 vårdplatser och dess basverksamhet var närsjukvård, internmedicin, medicinsk rehabilitering, njursjukvård, psykiatri, akut ortopedi och planerad ortopedi. Det fanns cirka 1125 anställda och av dessa arbetade 80 % heltid och cirka 80 % var kvinnor. Fördelningen mellan olika yrkeskategorier var följande: 27 % sjuksköterskor, 16 % undersköterskor, 13 % läkare, 11 % skötare, 9 % medicinska sekreterare, 6 % administratörer, 5 % psykologer/kuratorer, 4 % sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt 5 % lokalvårdare, kökspersonal, vaktmästare med flera (Region Skåne, 2008a).

Hässleholms sjukhus invigdes 1938 och byggdes ut 1945 till följd av ökad patienttillströmning. Inledningsvis bestod sjukhuset av en medicinsk-kirurgisk avdelning samt en barnbördsavdelning. Under årens lopp expanderade sjukhuset med en medicinsk vårdavdelning, en röntgenavdelning, en kirurgisk mottagning, en operations- och förlossningsavdelning, en specialistläkartjänst inom psykiatri, en ortopedisk klinik, samt en dialysavdelning. 1980 lades dock förlossningsverksamheten ned. 1995 slogs Hässleholms och Kristianstads sjukvårdsdistrikt samman till Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt och de båda sjukhusen på dessa orter bildade ett så kallat parsjukhus. Detta avvecklades 2000 och istället etablerades då Hässleholms sjukhusorganisation (Region Skåne, 2012).

Under åren 2001-2003 genomförde Hässleholms sjukhus ett projekt som benämndes ”Det lilla sjukhusets framtida roll”. Projektet fick stöd av Trygghetsfonden och syftade till att sjukhuset skulle utvecklas som förvaltning och organisation. Projektet skulle skapa en vård som

uppfyllde patienternas krav på kvalitet och effektivitet, samt en arbetsmiljö som levde upp till medarbetarnas krav på utveckling och välmående. Först utarbetades en vision för sjukhuset, som byggde på följande begrepp: närhet, smidighet, tillgänglighet och tillförlitlighet. De organisatoriska förändringar som sedan genomfördes innebar att ledningsöverenskommelser upprättades för att tydliggöra chefsrollerna. Det bildades så kallade administrativa team, som bestod av ekonomer, personalsekreterare och löneassistenter. Teamen skulle bistå kliniker och avdelningar med administrativt stöd, fakta och råd som skulle bidra till att skapa en gemensam helhetssyn. En utvecklingsenhet tillsattes, bestående av fem anställda, som skulle fungera som interna konsulter och stödja och bedriva olika utvecklingsaktiviteter och projekt inom sjukhuset (Sarv, 2003).

Primärvården i Hässleholm

Gränsdragningen mellan den vård som ges inom sjukhuset och den som ges inom primärvården är inte helt tydlig. Detsamma gäller också gränsdragningen mellan primärvården och den vård som ges inom kommunen. Primärvården erbjuder allmänmedicinsk sjukvård inom regionen. I Hälso- och sjukvårdslagen anges följande definition av primärvård:

”Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens” (SFS 1982:763 § 5).

Primärvården har mött flera utmaningar i utvecklingen av verksamheten. Under 1940-talet handlade det om att få allmänhetens förtroende. Efter sjukhusens framväxt med sina specialistenheter hyste befolkningen större förtroende för sjukhusläkarna än för läkarna inom primärvården. Landstingen övertog primärvården från staten 1963 och försökte förstärka denna genom att tillsätta fler läkare. Det var inte enkelt eftersom allmänläkartjänsterna hade lågt anseende inom läkarkåren. Under 1990-talet fanns det vissa planer på att primärvården än en gång skulle få en ny huvudman, nämligen att verksamheten skulle övergå till kommunerna. Under detta årtionde ökade antalet distriktsläkare inom primärvården långsamt och vårdcentralerna blev mer välutrustade med teknisk apparatur (Swartling, 2006).

Primärvården består numera inte bara av vårdcentraler utan även av barnavårdscentraler, distriktssköterskemottagningar, ungdomsmottagningar, jourcentraler och övrig primärvård. Skånes primärvård omfattade cirka 110 vårdcentraler och andra enheter (Region Skåne, 2008c). Det innebär att i varje kommun fanns ett flertal lokala primärvårdsenheter.

I Hässleholm utvecklade primärvården en specialenhet med beteckningen Kvalificerad Vård i Hemmet och konsult (KVH). Denna enhet startades 1997 och bedrev avancerad hemsjukvård som ett alternativ till sjukhusvård. I enheten fanns även ett rådgivningsteam som erbjöd rådgivning och utbildning till personal både från regionen och från de sex närliggande primärkommunerna. Rådgivningen och utbildningen handlade framför allt om palliativ vård, medicinsk behandling, etik, bemötande och kommunikation (Region Skåne, 2005d). KVH-enheten sålde sina tjänster och köparna betalade för dessa, antingen i form av pengar eller genom ett utbyte av tjänster. Exempelvis kunde kommuner få utbildning och förändringsstöd av KVH-enheten medan denna enhet kunde få använda hemtjänstinsatser i utbyte från kommunerna (muntlig kommunikation, enhetschef KVH, 2005).

Hässleholms kommun

Kommunerna är ansvariga för att tillhandhålla social omsorg till sina invånare, det vill säga äldre- och handikappomsorg samt individ- och familjeomsorg. Detta innebär att de ska samordna och erbjuda insatser för kommuninvånarna både enligt Socialtjänstlagen och enligt Hälso- och sjukvårdslagen. De skånska kommunerna ansvarar dessutom för hemsjukvård, vilket inte gäller generellt för alla kommuner i landet. Hemsjukvård bedrivs av distriktssköterskor, som tidigare ingick och i många delar av landet fortfarande ingår i primärvården (SKL, 2012).

I Skåne finns 33 kommuner. Kommunförbundet Skåne är en intresseorganisation för dessa kommuners önskemål och behov. Av deras stadgar § 1 framgår följande:

”Kommunförbundet Skåne är en sammanslutning av länets primärkommuner med uppgift att inom länet stödja och utveckla den kommunala självstyrelsen, tillvarata kommunernas intressen, främja samverkan mellan kommunerna, samt bistå dem i deras verksamhet” (Kommunförbundet Skåne, 2011 § 1).

Organiseringen av de enskilda kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser omfattar dels en politisk organisation med olika nämnder och dels en tjänstemannaorganisation. I Hässleholms kommun bedrivs hälso- och sjukvården inom omsorgsförvaltningen, som lyder under den politiskt tillsatta omsorgsnämnden. Vid tiden för denna studie hade kommunen cirka 50 000 invånare varav en femtedel var över 80 år.

Högskolan Kristianstad

I närområdet till Hässleholms sjukhus, primärvård och kommun finns även Högskolan Kristianstad, som sedan många år tillbaka haft ett antal studentplatser för verksamhetsförlagd sjuksköterskeutbildning vid Hässleholms sjukhusorganisation, samt kliniska adjunkter och lektorer för denna utbildning stationerade på sjukhuset. En internmedicinsk avdelning på sjukhuset har traditionellt tillhandahållit ett flertal studentplatser och fungerat som centrum för den verksamhetsförlagda utbildningen.

År 2003 startade Högskolan Kristianstad en forskningsplattform för att studera och stödja utvecklingen av närsjukvård inom nordöstra Skåne. Denna forskningsplattform var ett samverkansprojekt mellan högskolan, Region Skåne och sex kommuner i området, bland annat Hässleholms kommun. Forskningsplattformen bestod av en tvärdisciplinär forskargrupp som genom aktionsforskning skulle följa och påverka utvecklingen av närsjukvården lokalt i området. De forskare och doktorander som ingick i plattformen byggde upp en gemensam forskningsmiljö med fokus på utvecklingen av närsjukvården i nordöstra Skåne och en deltagarorienterad form av aktionsforskning.

Jag ingick i forskningsplattformen för utveckling av närsjukvård och denna avhandling är resultatet av mitt arbete inom plattformen. Under avhandlingsarbetet har jag varit knuten som doktorand till Nordic School of Public Health i Göteborg. Där har jag ingått i en forskargrupp inom ämnesområdet Health Management med inriktning mot intersektoriell samverkan. Gruppen har letts av Professor Runo Axelsson, som också varit min huvudhandledare för detta avhandlingsarbete.

Avhandlingens syfte, frågeställningar och uppläggning

Det övergripande vetenskapliga syftet med denna avhandling är att förstå den samverkansprocess som ägde rum i samband med utvecklingen av närsjukvård i Hässleholm. Det handlar om att försöka förstå varför processen utvecklades som den gjorde, dels att förstå processens mening utifrån deltagarnas olika perspektiv, dels att förstå processens betydelse utifrån ett samhälls- och omgivningsperspektiv.

Strävan är att förståelsen ska nås genom att beskriva, förklara och analysera samverkansprocessen. Ambitionen är således både att förstå och förklara den studerade samverkansprocessen. Genom att förklara olika skeenden kan det bli möjligt att ytterligare förstå dem. Ödman (2001) hävdar att inom det hermeneutiska perspektivet finns det ett samspel mellan förståelse och förklaring. Förståelsen når dock ett annat plan än förklaringen, som är till stöd för förståelsen. Förståelsen innebär ”kunskap och upplevelse i förening” (Ödman, 2001, sid.76).

Vid sidan av det vetenskapliga syftet har det också varit ett viktigt syfte med den forskning som ligger till grund för avhandlingen att kontinuerligt återföra forskningsresultat till deltagarna i den studerade samverkansprocessen under projektets gång. Tanken bakom detta var att öka deltagarnas medvetenhet om processen, samt att dessa kunskaper skulle kunna utgöra ett stöd för utvecklingsarbetet och även tjäna som underlag för beslut om att genomföra praktiska förändringar i verksamheten. De vetenskapliga frågeställningar som behandlas i avhandlingen är följande:

- Hur kan den studerade samverkansprocessen beskrivas?
- Vilka skeenden har varit centrala och betydelsefulla för processen?
- Vilka strategier har använts för att utveckla samverkan?
- Vilken betydelse har forskningen haft i processen?
- Hur kan deltagarnas handlingar förklaras och förstås?
- Hur kan samverkansprocessen som helhet förklaras och förstås?

Utifrån studiens resultat och tidigare forskning kommer slutligen en diskussion att föras om och i så fall hur resultatet kan överföras till andra samverkansprocesser. Dessutom kommer ett normativt resonemang att föras om hur det skulle vara möjligt att främja utvecklingen i framtida samverkansprocesser. Avslutningsvis pekas också på områden och frågeställningar där det finns behov av fortsatt forskning.

Avhandlingen har följande uppläggning. Den består av tre övergripande delar. I den första delen har redan forskningsprojektets utgångspunkter beskrivits. Sedan följer beskrivningar av forskningsområdet, samt forskningsprojektets teoretiska utgångspunkter och metodologiska överväganden. Del två är studiens empiriska del. Den inleds med en närmare presentation av studieobjektet. Därefter följer en beskrivning av hur utvecklingsprojektet inleddes, samt beskrivningar av den studerade samverkansprocessen med dess olika delprocesser. Del tre innehåller en analys av samverkansprocessen, samt avslutande diskussion och slutsatser.

KAPITEL II

FORSKNINGSOMRÅDET

Folkhälsovetenskap

Forskning inom folkhälsovetenskap bygger traditionellt framför allt på samhällsmedicin och epidemiologi, det vill säga studier av sjukdomsmönster hos olika populationer.

Folkhälsovetenskapliga studier har ofta resulterat i påträffade samband mellan olika samhällsfaktorer och sjukdomar, exempelvis Grodsteins (1996) studie om kranskärslsjukdom som omfattade 120 000 kvinnor. Den studien påvisade ett samband mellan kvinnor som hade behandlats med hormoner och en minskning av antalet sjukdomsfall.

Den traditionella inriktningen inom folkhälsovetenskap är tveklöst nödvändig men inte alltid tillräcklig för att användas som underlag för interventioner i samhället. För att folkhälsovetenskapliga studier bättre ska kunna tjäna som grund för interventioner inom folkhälsoarbetet har epidemiologiska studier kombinerats med teoretiska studier. En traditionell folkhälsovetenskaplig studie om sjukdomsutbredning eller beteende kan till exempel kompletteras och relateras till en teoretisk studie som söker förståelse av kontexten (Dowsett, 1995).

Ämnet folkhälsovetenskap har genom åren utvecklats och förändrat karaktär och kan numera uppfattas som två olika slags vetenskaper: den ”gamla” och den ”nya” folkhälsovetenskapen (Pellmer & Wramner, 2002). Den gamla folkhälsovetenskapen var präglad av en positivistisk vetenskapssyn med kausala förklaringar, där epidemiologin hade en central plats. Den nya folkhälsovetenskapen har utvecklats till en tvärvetenskaplig disciplin med flera legitima vetenskapssyner som kompletterar varandra. En av de nyare definitionerna av folkhälsovetenskap är följande:

”Folkhälsovetenskap är det tvärvetenskapliga område som studerar levnadsvanornas, miljöns, samhällsstrukturens, arbetslivets och vårdsystemens betydelse för befolkningens hälsa. Folkhälsovetenskap är således den vetenskapliga disciplin som skall generera och systematisera kunskap om befolkningens hälsa och de faktorer som påverkar denna, föreslå åtgärder som syftar till att bevara och förbättra hälsan samt framför allt främja

jämlikhet i hälsa. Den folkhälsovetenskapliga forskningen är i hög grad präglad av växelverkan mellan teori och praxis. Folkhälsovetenskapen har sin teoretiska bakgrund i många vetenskaper och är därigenom mångvetenskaplig” (Pellmer & Wramner, 2002, sid.17).

Medan den gamla folkhälsovetenskapen var mer fokuserad på de medicinska faktorernas påverkan på hälsan har den nya folkhälsovetenskapen utvidgat perspektivet till att involvera sådana faktorer som ekonomi, miljö, arbetsliv och sociala förhållanden (Cernerud, 2009; Sagvaag, 2007). I den nya folkhälsovetenskapen är skillnader i ohälsa mellan sociala grupper, till exempel mellan män och kvinnor, centrala frågor. Folkhälsovetenskap tjänar inte bara forskningens syften, det vill säga det handlar inte bara om att samla in material och analysera, utan ambitionen är att forskningen även ska påverka olika faktorer och utjämna skillnader i samhället.

Denna studie placerar sig inom den nya och utvidgade definitionen av folkhälsovetenskap. Möjligen skulle även denna nya definition kunna utvecklas och utvidgas ytterligare något genom att deklarerar att folkhälsovetenskap inte bara handlar om faktorer påverkan på hälsan utan även om olika faktorer interrelation och helhetens funktion. Definitionen skulle då tydligare markera att folkhälsovetenskapen även inkluderar ett induktivt och ett holistiskt förståelsesökande perspektiv, som innebär att helheten betraktas som mer än summan av delarna.

Folkhälsa och folkhälsoarbete

Begreppet folkhälsa omfattar hela befolkningars hälsotillstånd. Folkhälsobegreppet inkluderar hälsoutbredningen bland befolkningen inom två dimensioner, dels summan av individernas hälsa och dels hälsans fördelning, till exempel skillnader mellan sociala grupper i befolkningen (Socialstyrelsen, 2005).

Folkhälsoarbete har sina rötter i samhällsmedicinen och dess insatser har förknippats med att förebygga sjukdom. Begreppets betydelse har utvidgats efterhand och innefattar numera flera discipliner. Bland annat har det hälsofrämjande arbetet, som har ett helt annat ursprung och en annan historia, blivit en del av folkhälsoarbetet. Det hälsofrämjande arbete syftar till att

förebygga ohälsa och att främja god hälsa genom aktiviteter som har för avsikt att generera beteendeförändringar bland befolkningar, men även att förändra policy i samhällen.

Folkhälsan i ett land är beroende av samhällets utformning och struktur. Innebörden av folkhälsoarbete samt vilka institutioner i samhället som är involverade i detta har utvecklats genom åren. Det är flera faktorer som i dag räknas som betydelsefulla för folkhälsan, till exempel utveckling av utbildningsväsende, välfärd och näringsliv (Tones & Green, 2004). Folkhälsoarbetare inkluderar numera alla som arbetar med praktiska eller teoretiska folkhälsofrågor som socialt arbete, utbildning, miljövard, sjukvård, media, men även de som arbetar med ekonomi, social rättvisa och mänskliga rättigheter, samt forskare inom dessa områden. Exempel på folkhälsoarbete är bedömningar av befolkningars hälsostatus, utformande av strategier, projekt eller program för att förebygga eller hantera hälsoproblem och sjukdomstillstånd, samt verka för samhällsinsatser som syftar till att främja hälsosamma miljöer och bostäder. De uppräknade verksamheterna är inte alltid involverade i det praktiska folkhälsoarbetet, men det finns ett komplext beroende mellan dem i strävan mot bättre folkhälsa (Naidoo, Wills & Larsson-Wentz, 2007).

Utvecklingen av det svenska välfärdssamhället

Att samhället tar hand om fattiga och svaga grupper är en gammal tradition i Sverige. Redan på 1600-talet byggde församlingar upp fattighus till behövande på rekommendationer från den då gällande Svenska Kyrkolagen. Men det var inte förrän i slutet av 1930-talet som den så kallade välfärdsutvecklingen påbörjades. Idén om välfärdssamhället är en del av socialdemokratisk ideologi om samhälle och ekonomi. Ett välfärdssamhälle innebar ett samhälle där alla skulle känna sig trygga. Det skulle finnas ett utvecklat och fungerande skyddsnät, särskilt för svaga och utsatta grupper, som skulle skydda dem från till exempel ohälsa och fattigdom. Detta skulle genomföras genom att omfördela landets resurser och använda dessa till att utveckla socialförsäkringssystem och bygga upp en stark offentlig sektor. Fattigsverige skulle förvandlas till ett välfärdssamhälle, vilket i stort sett även skedde.

Elmér (1969) beskrev att fattigdom och välstånd alltid har funnits och alltid kommer att finnas, men att välfärdsutvecklingen har inneburit ”att fattigdomen förvandlats från regel till undantag och välståndet från undantag till regel” (Elmér, 1969, sid.7). Han poängterade dock att undantag var ett förrädiskt ord som försöker dölja realiteter som vi inte vill kännas vid,

men som trots allt är en realitet. En liknande välfärdutveckling har skett i alla Nordiska länder och i de flesta Västeuropeiska länder, oavsett vilken politisk inriktning som har varit dominerande i dessa länder.

Välfärdssystemets organisering

Systemet för välfärd och folkhälsa består idag till stor del av organisationer som formades under industrisamhällets framväxt med sin tids organisationsteknik. Benny Hjern (2007) har skrivit om välfärdstatens institutioner, som han menar är en speciell form av organisation. Enligt hans uppfattning kan det grundläggande med dessa institutioner sammanfattas med två begrepp: regler och hierarki. Institutionerna är i allmänhet hierarkiskt uppbyggda och indelade i tre nivåer – en politisk, en administrativ och en professionell nivå – som är en följd av grundläggande ideologier i vårt samhälle såsom demokrati och delaktighet. Denna organisatoriska struktur innebär att de övergripande besluten ska tas av demokratiskt valda förtroendemän, som utgör toppen av hierarkin. Dessa beslut ska sedan administrativa chefer se till att verkställa och professionella eller andra praktiska funktioner utföra. Denna uppdelning av ansvar och befogenheter innebär att de olika nivåerna är beroende av varandra för att organisationerna ska fungera.

Ett annat sätt att betrakta organisationer är med stöd av begreppen differentiering och integrering (Lawrence, Garrison & Lorsch, 1986). Eftersom organisationer har att hantera flera olika uppgifter handlar själva organiseringen om att differentiera, det vill säga dela upp organisationen i olika delar där varje del har sin särskilda uppgift, exempelvis kan ett klädföretag dela in organisationen i design, produktion och försäljning. Fördelen med detta är att varje del ansvarar och kan utveckla specifika kunskaper omkring sin avgränsade uppgift. För organisationens övergripande syfte behöver emellertid de olika delarna också integreras. Detta innebär att beroende på organisationernas förutsättningar och omständigheter finns det olika behov av både differentiering och integrering. Strömberg (2004) har i sin avhandling beskrivit både vertikal och horisontell differentiering inom sjukvården, det vill säga en organisation som består av flera mindre delar och som är i behov av integrering. Enligt hennes uppfattning har hälso- och sjukvården utvecklats mot en allt högre grad av differentiering sedan början av 1960-talet.

New Public Management

Sedan slutet på 1980-talet har den offentliga sektorn varit präglad av rationaliseringar och omstruktureringar. Denna utveckling har inte bara inträffat i Sverige utan likartade förändringar har även skett internationellt. Omstruktureringarna har motiverats av ekonomiska skäl samt av den kritik som den offentliga sektorn varit utsatt för i samhällsdebatt och forskning. Kritiken, som till stor del fortfarande finns kvar om än i något reviderad form, innehöll uttalanden om att sektorn var trög, byråkratisk och inte funktionell för sina uppgifter (Hjern, 2007).

Samtidigt som kritiken pågick i samhällsdebatten kom olika trender in i den offentliga sektorn. Dessa lockade med alternativa strukturer för organisering som en lösning av problemen. Det handlade framför allt om företagsliknande styrmetoder och modeller, samt om en personal- och lönepolitik där den privata marknadens lösningar var förebilden. Dessa trender kom framförallt från USA under Ronald Reagan och Storbritannien under Margaret Thatcher. I Sverige användes begrepp som modernisering, kostnadseffektivitet och ökad valfrihet som ledord i samband med förändringarna.

Denna våg av förändringsideal har fått den gemensamma benämningen ”New Public Management” (NPM). Hood (1995) har gjort en sammanställning av NPM:s typiska drag, som enligt hans uppfattning består av sju komponenter:

1. Decentralisering: En tidigare sammanhållen verksamhet ska delas upp i flera mindre enheter som var och en har eget ansvar för sin budget.
2. Intern marknad: De mindre enheterna ska köpa av och sälja till varandra och andra ”kunder” och ”producenter”.
3. Kostnadsmedvetenhet: Verksamheterna ska vara kostnadseffektiva, vilket kan åstadkommas bland annat genom rationaliseringar.
4. Den privata marknadens metoder och modeller för lönepolitik, personalpolitik och styrning ska vara föredömen för verksamheterna.
5. Verksamheterna ska ha större handlingsfrihet och chefer på alla nivåer ska ha ett tydligare ansvar.
6. Verksamheternas effektivitet ska bedömas i förhållande till mål och resultat.
7. Det ska vara fokus på kunden och resultatet.

Konsekvenserna av NPM har studerats av bland andra Olsson och Ingvad (2000), som undersökt vilken betydelse organisationsformen har för kvaliteten på det arbete som utförs inom hemtjänsten. Syftet med studien var att undersöka konsekvenserna av de stora organisationsförändringarna som hade skett i samband med NPM, som privatisering och införande av köp och sälj modeller. Resultatet visade att det som var mest betydelsefullt för kvaliteten av arbetet inom hemtjänsten var stabilitet i frågan om arbetsgruppernas sammansättning, ledarskap, beslutsformer och upptagningsområde. Vidare visade undersökningen att den omstrukturering som hade skett vid privatisering och införande av så kallade beställar-utförarorganisationer inte hade haft någon påtaglig påverkan på kvaliteten i arbetet, varken direkt eller långsiktigt. Forskarnas slutsats var att förändringarna som skedde under 1990-talet, med starkt inslag av marknadstänkande, flexibilitet och snabb förändring som ledstjärnor, var helt motsatta ideal i förhållande till den stabilitet som var det mest betydelsefulla för kvaliteten på arbetet (Olsson & Ingvad, 2000).

Även Blom (2006) har studerat marknadsorienteringen, i synnerhet beställar-utförarmodellen, inom socialtjänstens individ och familjeomsorg. Han menar att införandet av marknadsmekanismer inte grundar sig på klientens behov utan på organisationens problem och behov. Införandet skedde genom så kallade plattityder, det vill säga genom att använda innehållslösa argument för att övertyga, till exempel ökad demokrati och bättre service för medborgarna. De mer negativa förändringarna, bland annat den ökade ekonomistyrningen och de ökade produktivitetskraven på de anställda, kom i skymundan bakom dessa plattityder. Bloms forskning visade också att marknadsorienteringen fick effekter för socialarbetarens tänkande, språk och handlingar. De fick en ökad medvetenhet om och större hänsyn togs till kommunens ekonomi. Konsekvenserna av marknadsorienteringen gick även att finna hos klienterna, som upplevde sig som ”produkter”. Blom menar att vid en marknadsorienterad organisering av socialförvaltningar tenderar ekonomin att bli det primära målet för verksamheten. Dess ursprungliga mål, att bistå socialt utsatta individer och familjer på bästa sätt, kommer därmed i skymundan (Blom, 2006).

Även internationellt har NPM kritiserats av forskare som Levy (2010), som hävdar att trenden och införandet av NPM har bidragit till den globala finansiella kris som råder. Forskare har också pekat på att det ofta har funnits andra skäl till att genomdriva NPM än vad förespråkarna framfört. Hasselblad, Bejerot och Gustafsson (2008) har skrivit en bok om

institutionell transformation i svensk sjukvård, där de visar på samband mellan NPM och införande av nya styrningsideal. NPM har inneburit att gamla sätt att styra den offentliga sektorn med detaljerade regler har ersatts av styrning genom regelbundna och detaljerade resultatredovisningar. Kommunerna har blivit befriade från ingående styrning av sin budget, men för professionerna som arbetar där har det blivit tvärtom – de har blivit mer styrda. Vissa regleringar har inneburit en direkt styrning för att få en ökad kontroll av professionerna, menar forskarna (Hasselblad, Bejerot & Gustafsson, 2008).

Införandet av NPM har fått stort stöd från politiker, chefer och fackföreningar, men det är oklart hur stora strukturella förändringar som egentligen har skett i verkligheten. Laura Hartman (2011) som tillsammans med flera andra forskare har studerat konkurrensens konsekvenser för utvecklingen av den svenska välfärden hävdar att välfärdstaten har genomgått stora förändringar under de senaste åren. Hon menar att Sverige har gått ifrån att vara en välfärdsstat till att bli ett välfärdssamhälle. Välfärdspolitikerna och finansieringen är till stora delar densamma som tidigare, men den stora skillnaden finns i produktionen. Utvecklingen har inneburit att mer och mer betona individuell valfrihet, konkurrens och marknadslösningar. Den slutsats som Hartman drar utifrån sin forskning om konsekvenserna av konkurrens inom välfärdsproduktionen är dock ”att kunskapsläget inom många områden är anmärkningsvärt begränsat” (Hartman, 2011, sid.262).

Czarniawska hävdade redan i slutet av åttiotalet att den offentliga sektorns omorganiseringar genomförs för att de har ett egenvärde och att de har inneburit mer en rutin än en brytpunkt. Hon menade att omorganisationer inom politiskt styrda organisationer ofta genomförs för att vinna legitimitet i samhället. Dessutom hävdade hon, med stöd av Kurt Lewins (1951) teorier om förändring, att de har en viktig intern funktion: genom att omorganisera skapas handlingsutrymme. Organisationerna ”tinas upp” för en stund för att sedan gå tillbaka till ett mer fruset tillstånd (Czarniawska-Joerges, 1988).

Trots dessa organisatoriska trender har i stort sett den hierarkiska grundstrukturen bestått inom välfärdens offentliga institutioner. Vissa förändringar har dock slagit igenom inom vissa områden, till exempel decentraliserat budgetansvar och marknadstänkande. Decentraliserat budgetansvar innebär att chefer kontinuerligt arbetar med verksamhetens budget, som därigenom har blivit ett kontrollverktyg. Även beställar-utförarmodellen har fått stor genomslagskraft inom den offentliga sektorn. Hasselblad och hans medarbetare (2008) har i

sin analys av NPM inom sjukvården kommit fram till att dessa förändringar innebär en pågående institutionell transformation av sjukvårdens styrningsregim.

Fragmentering och samverkan

Peter Drucker (1992), som troligen är en av de mest kända managementforskarna, har genom olika metaforer gjort illustrativa beskrivningar av generella organisationsförändringar som skett under de senaste decennierna. Han beskriver de tidiga ofantliga hierarkiska organisationerna som slagskepp. Slagskeppen har sedermera förändrats till att bestå av flera flottiljer, det vill säga flera små specialiserade och självstyrande enheter (Drucker, 1992). Organisationer och verksamheter har utvecklat flera olika specialenheter och kompetenser, som innebär en ökad differentiering (Lawrence, Garrison & Lorsch, 1986). Detta kan ge en ökad kunskap och skicklighet, men har samtidigt också kritiserats för att innebära en ökad fragmentering eller uppsplittring av samhällets verksamheter och tjänster (Axelsson & Bihari Axelsson, 2006; Gray, 1989; Leutz, 1999; Miller & Ahmad, 2000).

Fragmentering beskrivs ofta som en brist på integration och helhetstänkande, vilket har visat sig bland annat inom hälso- och sjukvården. Kritiken handlar om att människor som söker vård möts av specialiserade professionella, som fokuserar på enskilda delar av människan. Hela människor passar inte in i deras ansvarsområde. Människor som inte passar in i den specialiserade modellen utan har flera olika problem och eller sjukdomar blir betraktade och benämnda som multisjuka eller, som Hjern (2007, sid.40) har uttryckt det, ”multipla behovsmänniskor”. För dessa människor har vården blivit mer svårtillgänglig.

I den allmänna debatten talas det om att människor hamnar på fel nivå eller instans, eller att de inte får någon vård alls, de faller med andra ord mellan stolarna. Uttrycket innebär att det för patienter med flera samtida åkommor och med icke specifika behov kan vara svårt att få tillgång till hälso- och sjukvård. I media har det förekommit reportage om människor som inte får tillgång till hälso- och sjukvård. Kritiska reportage om att det finns hål i det svenska välfärdsamhällets skyddsnät där utsatta människor faller igenom. Det kan handla om psykiskt sjuka missbrukare eller multisjuka äldre där hälso- och sjukvården inte erbjuder den vård som de kan tänkas behöva (Larsson & Szebehely, 2006).

Under senare år har politiker och samhällsdebattörer, men även forskare, allt oftare härlett samhällets misslyckanden på olika områden till att handla om bristande samverkan mellan verksamheter, professioner och organisationer. Detta har påpekats till exempel i samband med vård och omsorg om de äldre i samhället, stöd till personer med funktionsnedsättning, samt stöd till utsatta barn och ungdomar. Det har förekommit samhälliga påtryckningar, påbud och lagförändringar för att den offentliga sektorn ska utveckla en ökad samverkan mellan olika organisationer, professioner och verksamheter (Åhgren & Axelsson, 2011; Danermark & Kullberg, 1999; SOU1995:142; SOU1996:85; SOU1996:137; SOU1996:175). Samverkan har beskrivits som välfärdsstatens nya arbetsform (Danermark & Kullberg, 1999) och det har framhållits att det finns ett stort behov av samverkan för att motverka fragmentering av olika välfärdstjänster (Andersson, Åhgren, Bihari Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011). Ett motiv som har förts fram för utveckling av samverkan inom hälso- och sjukvården är att detta skulle kunna transformera organiseringen från ett komplext och förvirrat system till ett mer brukarvänligt (Leutz, 1999). Att utveckla samverkan har därmed blivit både en moralisk nödvändighet och en juridisk skyldighet (Plamping, Gordon & Pratt, 2000).

Ett exempel på denna utveckling är Ädelreformen (SOU 1990/91:9), som trädde i kraft 1992. Reformen infördes i syfte att samla ansvaret för de äldre och för vissa personer med funktionsnedsättningar till en instans, för att därigenom kunna ge dem bättre vård med ett helhetsperspektiv som grund. Ädelreformen innebar att kommunerna tog över en del av ansvaret för hälso- och sjukvården från landstingen. Dessförinnan var ansvarsfördelningen i stort sett uppdelad så att landstingen ansvarade för all sjukvård och kommunerna för det sociala arbetet. Ädelreformen medförde dock en uppdelning av ett tidigare sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvården. Reformen innebar att kommunerna tillhandahöll hälso- och sjukvård för målgruppen men inte medicinsk behandling, som fanns kvar inom landstingen. Ett problem som uppstod var att patienter som behövde vård i kommunal regi oftast även behövde vård inom landstingets regi. Detta ställde nya krav på samverkan mellan kommun och landsting.

En annan reform som ställde krav på samverkan, är psykiatrireformen (SOU 1992:73) som beslutades 1994 och trädde i kraft år 1995. Reformen brukar kallas för Psyk-Ädel eftersom den liknar Ädelreformen. Psyk-Ädel innebar att kommunerna tog över ansvaret för människor med psykisk ohälsa men som var medicinskt färdigbehandlade. Det har framförts kritik mot att kommunerna inte hade beredskap och att de saknade kompetens att ta över ansvaret för

denna grupp. Eric Olsson (1988) har i en fallstudie följt denna sektorisering, som innebar att en del av ansvaret för psykiatri överfördes till kommunerna. Hans slutsatser var att sektoriseringen har inneburit motsättningar mellan de olika vårdgivarna samt en fragmentering av den offentliga sektorn. Olsson hävdar att dessa motsättningar inte har hanterats på ett konstruktivt sätt. Det har inte funnits något intresse för samverkan från ledning och ansvariga (Olsson, 1988).

Även husläkarreformen är ett exempel på en kritiserad reform som anses ha splittrat en tidigare inarbetad samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

Husläkarreformen som trädde i kraft år 1994 innebar att primärvårdens geografiska områdesansvar togs bort och patienterna skulle själva välja husläkare oavsett var de bodde. Detta innebar att primärvårdens samverkan med den kommunala hemtjänsten splittrades upp. Husläkarformen upphävdes 1996, men forskning påvisar att splittringen den medförde finns kvar, åtminstone i de större orterna (Larsson & Szebehely, 2006). Samma utveckling återkom 2010, då ett system med fritt vårdval inom primärvården infördes (SOU 2008:37). Som tidigare nämnts kan detta system innebära en uppsplittring på samma sätt som husläkarreformen (Åhgren & Axelsson, 2011).

Utvecklingen av det offentliga välfärdssystemet har varit likartad i de övriga nordiska länderna. Den ökade professionaliseringen, specialiseringen och fragmenteringen har varit ett gemensamt och framträdande drag under de senaste decennierna. Det råder stor enighet om att denna utveckling är en av de viktigaste orsakerna till de rådande bristerna och problemen inom välfärdssystemet, samt att lösningen är att utveckla samverkan. Den ökade fragmenteringen i samhället har ofta framställts som skälet till att initiera nya samverkansprojekt, exempelvis har den svenska regeringen uppmanat till en ökad samverkan mellan statliga verk, landsting och kommuner inom arbetslivsinriktad rehabilitering (Proposition 1996/97:63).

Samverkan i folkhälsoarbete

Att utveckla samverkan har varit en framträdande åtgärd inom ett flertal välfärdsområden. Det har också bedrivits en del forskning om samverkan. I Norden har forskningen om samverkan framförallt varit koncentrerad till tre områden: psykiatrisk öppenvård (Lauvås & Lauvås, 1994; Seeman, 1996), arbetslivsinriktad rehabilitering (Fridolf, 2002; Lindqvist & Grape,

1999; Stenberg, 2000) och hälsofrämjande arbete (Aanderaa & Tveiten, 1994; Fosse, 2000). Internationellt finns det också en omfattande forskning som behandlar organisering av samverkan i vård och omsorg om de äldre i samhället (Van Raak, Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen & Paulus, 2003; Leichsenring & Alaszewski, 2004; Vaarama & Pieper, 2006).

Inom folkhälsovetenskapen har det under senare år blivit en ökad medvetenhet om olika faktorerers komplexa samband med hälsa, till exempel miljöfaktorer, sociala nätverk, socialt kapital och social inklusion (Tones & Green, 2004). Ziglio och hans medarbetare (2000) hävdar att trots denna utveckling och en spridning av socioekologiska modeller finns används fortfarande allt för enkla orsak-verkan samband inom det hälsofrämjande området. Utifrån detta tänkande har olika hälsofrämjande insatser gjorts som bara innebär en ”första ordningens förändring”, det vill säga att insatserna har varit inriktade på att åtgärda symptom på problem istället för determinanterna till dem. Författarna förespråkar mer radikala hälsofrämjande åtgärder för att på så sätt nå ”andra ordningens förändringar”, det vill säga förändringar som hindrar att symptomen uppstår, vilket också brukar benämnas förebyggande åtgärder (Ziglio, Hagard & Griffiths, 2000). För att genomföra sådana åtgärder krävs kunskap om hur olika faktorer är relaterade till varandra och till helheten. Samverkan blir då en central strategi för att kunna genomföra de förändringar som ett förebyggande arbete innebär (Tones & Green, 2004).

Det förebyggande folkhälsoarbetet handlar inte bara om sjukdomsförebyggande insatser utan också om att stärka och främja människors hälsa (Fosse, 2007). I Ottawamanifestet för hälsofrämjande arbete (WHO, 1986) har hälsobegreppet utvidgats. Där framställs att ekonomiska, politiska och sociala faktorer är viktiga för hälsa, samt att de olika sektorerna i samhället tillsammans påverkar befolkningens hälsa. De beskriver hälsoarbetet som en process och samverkan framstår som ett centralt fenomen i det hälsofrämjande arbetet. Detta innebär att begreppet hälsa är ett multidimensionellt koncept och är inte bara ett avgränsat område för hälso- och sjukvård. En gränsöverskridande samverkan mellan aktörer inom olika samhällssektorer skulle kunna innebära att beslutsfattare blir mer medvetna om konsekvenserna av sina beslut i ett bredare perspektiv. Detta kan vara ett centralt och viktigt steg i utveckling av folkhälsan (Naidoo & Wills, 2005).

Efter Ottawamanifestet har behovet av gränsöverskridande intersektoriell samverkan i folkhälsoarbete återkommit i flera olika sammanhang. Under WHO:s fjärde konferens för

hälsofrämjande arbete identifierades aktuella utmaningar, som bland annat innebar att bryta barriärer mellan sektorer och skapa partnerskap för hälsa (WHO, 1997). I deklarationen från denna konferens framgår att prioriteringen under det 21:a århundradet bland annat bör vara att utveckla samverkan, framför allt i form av partnerskap, samt en säker infrastruktur. WHO vill verka för att alla medlemsstater ska utveckla partnerskap för folkhälsa. De menar att partnerskap bör utvecklas på olika nivåer i samhället, vilket bland annat kräver lokala strategier där medborgarna är direkt involverade och inte bara som representanter för olika organisationer.

I flera internationella deklarationer har intersektoriell samverkan framställts som centralt för folkhälsan av flera skäl. Samverkan anses generera ökad kunskap och yrkesskicklighet. Samverkande aktörer från olika verksamheter kan dela gemensamma bekymmer och utbyta relevant information. Genom att samverka blir aktörerna mer delaktiga i varandras arbete, vilket ger möjligheter att kunna påverka beslut som inte direkt ligger inom ens eget ansvarsområde. Genom att samverka kan aktörer också undvika dubbelarbete samt att människor faller mellan stolarna. Detta kan innebära ett bättre utnyttjande av existerande resurser. Aktörer som samverkar kan också utveckla ett mer holistiskt förhållningssätt till olika problem. Detta kan leda till synergieffekter – det vill säga att effekterna av samverkan blir större än summan av vad de enskilda aktörerna kan uppnå var för sig (Naidoo & Wills, 2005).

I Sverige tillsatte regeringen en kommitté som skulle utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen i landet, vilket ledde till att Riksdagen våren 2003 antog ”Mål för folkhälsan” (Proposition 2002/03:35). Målområdena utvecklades och tydliggjordes i en proposition där regeringen gav förslag om en förnyad folkhälsopolitik (Proposition 2007/08:110). Riksdagen antog propositionen i juni 2008. Det övergripande politiska målet för folkhälsan formulerades på följande sätt: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Proposition 2002/03:35, sid.1). Tanken var att de nationella målen för folkhälsa ska genomsyra hela samhällspolitiken. Det övergripande målet bröts ned till elva målområden, som fokuserar på olika faktorer i samhället som anses påverka folkhälsan:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
 3. Barns och ungas uppväxtvillkor
 4. Hälsa i arbetslivet
 5. Miljöer och produkter
 6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
 7. Skydd mot smittspridning
 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
 9. Fysisk aktivitet
 10. Matvanor och livsmedel
 11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel
- (Proposition 2007/08:110)

De elva målområdena berör ett stort antal politiska områden och ansvaret för dessa är spritt mellan olika sektorer och nivåer. Utveckling av samverkan mellan olika sektorer, nivåer och aktörer framställs därför som en väsentlig del i folkhälsoarbetet. I propositionen formuleras detta på följande sätt:

”Sociala och ekonomiska villkor, arbetsmiljö och levnadsvanor har betydelse för hälsoutvecklingen i befolkningen. Folkhälsoarbetet kräver därför ett gemensamt ansvarstagande och samverkan mellan olika verksamhetsområden” (Proposition 2007/08:110 sid.22).

Samverkan poängteras särskilt inom vissa målområden. I målområde tre, ”Barns och ungas uppväxtvillkor”, poängteras vikten av att utveckla lokal samverkan. I målområde sex, ”Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård”, understryks vikten av att utveckla samverkan mellan olika kompetenser för att utveckla kvaliteten inom hälso- och sjukvård. I målområde sju, ”Skydd mot smittspridning”, rekommenderas ett fördjupat internationellt samarbete. Den svenska politiken för folkhälsa framställs som ny för att den poängterar det sektorsövergripande arbetet. Utveckling av intersektoriell samverkan på olika nivåer i samhället kan med andra ord betraktas som centralt i folkhälsoarbetet, både nationellt och internationellt (WHO, 1997; Proposition 2002/03:35, 2007/08:110)

Inom folkhälsovetenskapen förekommer även en viss skepsis mot utveckling av samverkan. Naidoo och Wills (2005) framhåller att utveckling av samverkan har blivit en trend och det är en risk att olika aktörer antar och accepterar en trend utan reflektion om risker eller svårigheter. De hävdar att samverkan ofta förknippas med orealistiska förväntningar. Det förekommer till exempel antaganden om att alla vill och kan samverka med varandra, vilket inte är realistiskt. Författarna menar att alla inte alltid vill lägga ner resurser på att bygga samverkansrelationer. Ett skäl till denna ovilja kan vara att man inte på förhand kan veta vad det kommer att leda till. Vidare kan det vara så att vissa aktörer inte vill samverka eftersom det kan innebära risker, som att tappa självständighet och kontroll (Naidoo & Wills, 2005).

Det finns även svensk forskning som påvisar betänkligheter och svårigheter med att utveckla samverkan. Nordqvists (2002) avhandling om att arbeta i team och självstyrande grupper inom organisationer påvisade flera dilemman i utveckling av samverkan. Medlemmarna i teamen ansåg att det fanns fördelar med att utveckla samverkan, men det fanns även flera problem. Forskningen visade att utfallet av samverkan handlar inte enbart om individer utan också om strukturer. En stödjande organisationsmiljö är en förutsättning för att utveckla samverkan. De strukturella åtgärder som nämns i Nordqvist avhandling handlar om tekniskt stöd, ett utvecklat och fungerande informationssystem, samt stöd till att utvecklas som grupp eller team. Grupper som inte fick tillgång till en stödjande organisationsmiljö kunde istället utveckla negativa gruppmonster och effekter, som stark social kontroll av varandra och varandras arbetsinsatser, samt utstötning av individer (Nordqvist, 2002).

Sammanfattande reflektioner

Sammanfattningsvis kan konstateras att samverkan är något som eftersträvas på flera områden i samhället. Utvecklingen av folkhälsa och välfärd bygger på samverkan mellan olika organisationer. På samma sätt härleds ofta problem i välfärdssystemet till fragmenterade verksamheter och en bristande samverkan mellan olika aktörer. Inom hälso- och sjukvården poängteras det att det är viktigt att samverka, eftersom verksamheten bedrivs av flera olika aktörer. Med tanke på att den svenska hälso- och sjukvården är uppdelad på två olika huvudmän, kommuner och landsting eller regioner, framställs det som särskilt viktigt med en välfungerande samverkan dem emellan för att nå dess mål. Sedan flera år tillbaka är det vanligt, både i Sverige och internationellt, att besluta om att utveckla samverkan för att nå ökad kvalitet på samhällstjänster och bättre välfärd. I Sverige har det också genomförts ett

flertal reformer som handlar om att utveckla samverkan, exempelvis Ädelreformen och psykiatrireformen, samt försök med finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Fenomenet samverkan har fått allt större uppmärksamhet under de senaste decennierna, vilket innebär att det kan betraktas som ett nutidsfenomen. Samtidigt kan konstateras att det är en gammal företeelse i nya kläder. Att samverka har alltid varit centralt inom organisationer, som till exempel i ett sjukhus. Där arbetar många aktörer som har olika funktioner, vilket innebär att deras uppgifter är mer eller mindre sammanflätande. Den nödvändiga differentieringen skapar ett behov av integrering. Aktörer samverkar i betydelsen ett gemensamt handlande för ett visst syfte. Trots att aktörerna har olika funktioner och roller finns ett gemensamt övergripande syfte, som hela sjukhuset arbetar mot och som alla aktörerna omfattas av. Samverkan är mer komplicerad när den är interorganisatorisk eller intersektoriell, vilket innebär att det kanske inte finns något gemensamt syfte även om det finns ett gemensamt behov av samverkan. Detta kommer att behandlas i de följande kapitlen.

Som tidigare beskrivits har samverkan blivit något av en trend och det finns ofta stora förväntningar på vilka effekter samverkan kan generera. Samverkan framställs ofta som en insats som ska kunna generera omfattande positiva effekter. Trots att det börjar komma en hel del forskning som visar på olika hinder, svårigheter och risker med samverkan så förekommer det sällan betänkligheter kring utvecklingen av samverkan eller reflektioner kring om man verkligen kan nå önskade effekter genom att samverka.

KAPITEL III

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Samverkansbegreppet

Begreppet samverkan är komplext och mångtydigt. Det förekommer flera olika definitioner inom såväl forskning som praktisk verksamhet. Det finns även flera snarlika begrepp som samarbeta, integrera och samordna. Dessutom förekommer även begrepp som partnerskap, allianser och koalitioner. De två sistnämnda begreppen vill indikera att det inte enbart är frågan om aktörer som representerar organisationer utan att även människor ute i samhället ska involveras (Tones & Green, 2004).

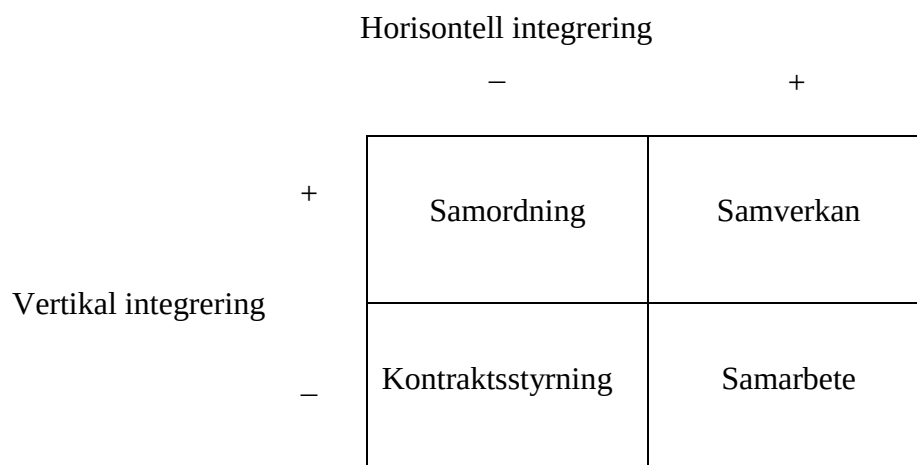
Samverkan kan studeras utifrån olika perspektiv, med fokus på olika dimensioner och faktorer som kan påverka utvecklingen, exempelvis att olika aktörerna har olika förutsättningar och mål, eller att sociala faktorer kan påverka samverkan. Det är inte heller givet om konflikter mellan samverkande aktörer är att betrakta som samverkan eller bristande samverkan. Allt detta gör samverkan till ett komplext fenomen.

Flera forskare har försökt förtydliga och bena ut olika former av samverkan genom att utveckla teoretiska modeller (t.ex. Danermark & Kullberg, 1999; Fridolf, 2004; Axelsson & Bihari Axelsson, 2006). Samverkansforskarna har dock i flera fall, ironiskt nog, byggt sina modeller oberoende av varandra, vilket innebär att det finns en viss begreppsförvirring inom området och flera olika definitioner av begreppet samverkan. Ibland framställs samverkan som ett överordnat begrepp för ett kontinuum av olika grader av samverkan och ibland som en av punkterna på ett sådant kontinuum (Eriksson, Lindencrona, Olsson & Puskuppeleit, 2007).

I *Folkhälsovetenskapligt Lexikon* definieras samverkan som ”gemensamt handlande för visst syfte” (Janlert, 2000, sid.285). Definitionen anger att fenomenet innehåller ett visst handlande, vilket innebär att det består av aktiviteter, händelser eller skeenden. Handlingarna ska dessutom ske under vissa betingelser för att definieras som samverkan: de ska göras gemensamt och för ett visst syfte. Det ska också vara minst två aktörer som handlar, vilket innebär att samverkan är ett mellanmänniskt och socialt fenomen. Det ska också utföras för

ett visst syfte, vilket innebär att samverkan är en aktivitet för att nå ett övergripande syfte eller mål. Inom hälso- och sjukvården kan detta syfte vara att öka kvaliteten på vården. Trots att samverkan sällan eller aldrig bör vara ett självändamål framställs det ibland som själva syftet eller målet med olika projekt. Att utveckla samverkan kan då vara ett delmål som är kopplat till något annat mål som ligger på en högre nivå.

Axelsson och Bihari Axelsson (2007) har utvecklat en typologi över olika integrationsformer där samverkan är en av dessa former. Enligt denna typologi kan integrering ske både vertikalt och horisontellt inom och mellan organisationer. En kombination av dessa variabler ger fyra olika integrationsformer, som illustreras i följande figur.



Figur 2: Olika integrationsformer (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007, sid.14).

Samordning innebär huvudsakligen en vertikal integrering, vilket innebär att integreringen sker mellan olika hierarkiska nivåer, till exempel inom en organisation där beslut tas på chefsnivå och att de professionella verkställer besluten. *Samarbete* innebär framför allt en horisontell integrering, vilket sker mellan aktörer på samma nivå inom en organisation eller mellan flera organisationer, till exempel då olika professionella arbetar tillsammans i ett team. *Samverkan* innebär en kombination av vertikal och horisontell integrering, det vill säga en kombination av både samordning och samarbete. Samverkan innebär alltså en integrering både på bredden och på djupet och involverar såväl chefer som professionella. *Kontraktsstyrning* är en fjärde form av integrering, som förekommer på en marknad. Där ska det varken finnas någon samordning eller något samarbete mellan aktörerna, utan de ska

konkurrera med varandra och konkurrensen ska leda fram till ett kontrakt mellan köpare och säljare.

Utifrån denna typologi kan samverkan betraktas som en motsats till konkurrens och marknadstänkande. Samverkan kan ske mellan olika organisationer (interorganisatoriskt) eller mellan olika professioner och yrkesgrupper (interprofessionellt) eller mellan olika samhällssektorer (intersektoriellt). Intersektoriell samverkan omfattar både interorganisatorisk och interprofessionell samverkan och anses den mest komplexa formen av samverkan, eftersom det involverar flera olika organisationsnivåer (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

Denna typologi är användbar genom att den innehåller begrepp som definierar olika former av integrering inom och mellan grupper, mellan olika nivåer inom en organisation eller mellan organisationer. I denna studie kommer dock en vidare definition av samverkan att användas, vilket ger en större öppenhet och samtidigt innebär att begreppet kan utvecklas och definieras under forskningsprocessens gång. Samverkan används därför som ett generellt begrepp i betydelsen gemensamt handlande för visst syfte (Janlert, 2000). I vissa fall specificeras vad det är för typ av samverkan genom att använda Axelssons och Bihari Axelssons (2007) typologi.

Samverkan som organisatoriskt fenomen

Organisationsforskningen har haft olika teoretiska inriktningar, som varit dominerade under vissa tidsperioder. Scott (2003) har gjort ett kategorischema som en översikt över utvecklingen av de dominerade teoretiska organisationsmodellerna:

1900-1930 slutna rationella system

1930-1960 slutna naturliga system

1960-1970 öppna rationella system

1970- idag öppna naturliga system

Fram till 1960-talet var det dominerande teoretiska perspektivet att betrakta organisationer som slutna system som var oberoende av påverkan ifrån omgivningen. Denna första inriktning innebar att betrakta organisationer som rationella och formella system, medan den

andra inriktningen övergick till att betrakta organisationerna mer som naturliga och informella, men fortfarande slutna, sociala system. Under 1960-talet kom kritik mot att betrakta organisationer som oberoende av påverkan från omvärlden och modeller över organisationer som öppna rationella system utvecklades. Detta perspektiv betraktade organisationer som beroende av sin omgivning och inkluderade därmed även påverkande faktorer i omgivningen. Denna tredje inriktning betraktade organisationernas reaktioner på omvärldsfaktorer som strategiska och målinriktade. Den fjärde och senaste inriktningen inkluderar att organisationerna även måste anpassa sig efter institutionella aspekter och har därmed ett vidare perspektiv på omgivningen och dess påverkande faktorer. Institutionella aspekter innebär att det ”ömsesidiga sociala och kulturella beroendet mellan organisation och omgivning” kommer i fokus (Johansson, 2006, sid.18).

Nyinstitutionalism

Den institutionella inriktningen inom organisationsteorin utformades redan på 1950-talet (Selznick, 1957), men den har sedan vidareutvecklats av amerikanska sociologer på 1970-talet (Meyer & Rowan, 1977; Scott, 2003). Denna nya institutionalism, som går under beteckningen nyinstitutionalismen, spreds till Sverige på 1980-talet, först till företagsekonomi (Sahlin-Andersson, 1986, 1989) och så småningom också till sociologi och socialt arbete (Blom, 1998; Danermark & Kullberg, 1999; Grape, Johansson & Blom, 2006; Lindqvist, 1998, 2000).

Nyinstitutionalismen fokuserar mer på processer än på det som tidigare var vanligt inom organisationsforskningen, nämligen organisationers strukturer. Uttryckt i andra ord, genom nyinstitutionalismen blev organisationsforskningens fokus förflyttat från organisation till organisering (Scott & Davis, 2007). Inom nyinstitutionalismen betraktas omorganisationer inte som noggrant övervägda förbättringsförsök utan som resultat av sociala och kulturella påtryckningar från omgivningen, som vill förmå organisationer att anpassa sig efter institutionaliserade föreställningar (Johansson, 2006). Då den offentliga sektorn har ifrågasatts av samhället har den förändrats för att vinna legitimitet menar forskare. Enligt Blom handlar organisationsförändringar till stor del om ”en strävan att vinna samhällelig legitimitet för att kunna överleva” (Blom, 2006, sid.178).

Inom nyinstitutionalismen har det funnits olika sätt att betrakta organisationers möjligheter att agera i förhållande till påverkande faktorer. Det finns två olika synsätt, där en organisation betraktas antingen som ett offer eller en aktör. Offerperspektivet innebär att organisationen betraktas som ett offer för sin omgivning. Aktörsperspektivet innebär däremot att organisationen betraktas som en aktör som har handlingsfrihet att välja hur de ska hantera skeenden i sin omgivning. Utvecklingen inom nyinstitutionalismen har inneburit en strävan att integrera olika analysnivåer, vilket innebär att fokus har skiftat från struktur till process eller från organisation till organisering, samt att perspektivet har skiftat från offer till aktör. De svenska studierna inom nyinstitutionalismen använder sig oftast av fallstudier och kvalitativa metoder för att belysa dessa aspekter (Johansson, 2006).

Denna studie anknyter till nyinstitutionalismen i sin strävan att förstå samverkan som ett organisatoriskt fenomen. Till exempel är utgångspunkten att organisationerna inte är autonoma utan beroende av samhället (Hasselblad, Bejerot & Gustafsson, 2008). Vid studier av samverkan är det viktigt, om inte nödvändigt, att vara medveten om att det finns mekanismer och påverkande faktorer på samhällsnivå som kan påverka samverkan inom och mellan organisationer. Danermark och Kullberg (1999) betraktade samverkansfenomenet utifrån ett nyinstitutionellt synsätt i sin lärobok om samverkan. De hävdade att samverkan är ett tecken i tiden och att välfärdsstaten söker nya arbetsformer, där samverkan har blivit ett sätt att organisera arbetet. Likaså har Seeman (1996) ett nyinstitutionellt perspektiv i sin studie om samverkan inom och mellan offentliga organisationer i Danmark.

Denna studie har ett nyinstitutionellt perspektiv genom att en av utgångspunkterna är att det inte är självklart att samverkansprocessen är ett noggrant övervägt förbättringsförsök. Initiativet har uppkommit i samspel med omgivningen, men aktörerna är för den skull inte offer för påverkansfaktorerna i omgivningen utan de har en fri vilja att välja hur de hanterar dessa faktorer. De olika krafter och faktorer som påverkar samverkansprocessen kan dock vara dunkla och svårbegripliga. Denna studie syftar därför bland annat till att synliggöra och tydliggöra olika skeenden i samverkansprocessen.

Domänteori

Organisationsteorier har ofta genererats utifrån industriella organisationer. Flera forskare har därför varit kritiska mot att tillämpa teorier som utvecklats inom industrin till att även gälla

för organisationer som arbetar med människor. Kouzes och Mico (1979) ansåg att olika typer av organisationer har olika karaktärsdrag och förutsättningar. Författarna utvecklade därför sin domänteori för människobehandlande organisationer ("human service organizations"). Enligt domänteorin består sådana organisationer av tre distinkta domäner som även utgör olika subkulturer: en politisk domän, en administrativ domän och en professionell domän. Alla tre kännetecknas av olika inriktningar, styrsystem, strukturer och arbetssätt. Olsson (1988) vill lägga till en fjärde domän, patientdomänen. Han menar dock att denna domän oftast har ett svagt inflytande på organisationen.

Den *politiska* domänen omfattar den organisationsnivå där beslut och policy formuleras. Aktörerna inom den politiska domänen består av valda representanter för samhället. Dess struktur kännetecknas av representativitet och beslut fattas genom förhandling och omröstning. Den *administrativa* domänen, som består av chefer och administratörer, hämtar sin inspiration från affärs- och industrimodeller. Dess struktur är byråkratisk och styrprinciperna kännetecknas av hierarkisk styrning och kontroll. Aktörerna inom domänen strävar efter att rationalisera organisationen och kostnadseffektivitet är ett mått på framgång. Den *professionella* domänen omfattar personal som arbetar direkt med patienter eller klienter och kännetecknas av en strävan efter autonomi och självreglering. De professionella inom domänen arbetar självständigt med patient- eller klientspecifika problem. Teorin sammanfattas i följande tabell.

Tabell 1: Domäner i en människobehandlande organisation (efter Kouzes & Mico, 1979).

Politisk domän	Administrativ domän	Professionell domän
- Folkvalda politiker - Representativ struktur - Beslut genom förhandlingar och omröstningar	- Chefer och administratörer - Byråkratisk struktur - Rationalisering för att uppnå kostnadseffektivitet	- Professionella yrkesutövare - Kollegial struktur - Strävan efter autonomi och självreglering

Kouzes och Mico (1979) ansåg att det uppstår avsevärda problem genom subgruppernas olika inriktning och utgångspunkter. Domänerna har olika perspektiv, synsätt och angreppssätt som kan komma i konflikt med varandra. Aktörerna inom de olika domänerna använder sina egna kunskapskällor för att kunna utföra sitt arbete. De andra domänernas kunskaper och

kunskapskällor tas inte i beaktande, vilket ofta leder till konflikter och oförenliga slutsatser. Varje domän tillämpar företrädesvis sina egna mått på framgång och en domäns lösning blir en annan domäns problem. Genom detta selektiva perspektiv bevarar varje domän sin integritet.

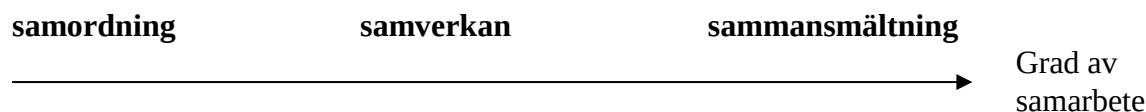
Inom de olika domänerna finns även olika normer om vad som är ett legitimt beteende. Konsekvenserna av detta blir att det hela tiden finns en potentiell risk för konflikter inom en människobehandlande organisation, där de olika domänerna istället för att samarbeta mot ett gemensamt mål ofta kämpar om att få kontrollen. Slutsatsen, enligt Kouzes och Mico (1979), är att de olika domänerna behöver bli mer involverade i varandras angelägenheter och beslut i olika frågor, samt att interaktionen mellan de olika domänerna måste beaktas i samband med utveckling och förändring av människobehandlande organisationer.

Domänteorin har utvecklats för att förstå hur människobehandlande organisationer fungerar med fokus på organisatoriska strukturer och interaktionsprocesser. Den förklarar och ger förståelse för interaktionsprocesser inom en organisation utifrån den organisatoriska strukturen. Förståelse av interaktionsprocesserna inom en organisation kan samtidigt också underlätta förståelsen av interaktionsprocesser i samverkan mellan organisationer.

Strukturella modeller

Flera forskare har utvecklat teoretiska modeller för att beskriva olika strukturella former av samverkan. Flera modeller beskriver samverkan längs ett kontinuum med lägre eller högre grad av samverkan. Danermark och Kullberg (1999) använder begreppet *samarbete* som ett överordnat begrepp för ett kontinuum där *samordning* utgör den ena ytterligheten och *sammansmältning* den andra, medan *samverkan* befinner sig däremellan. Samordning handlar mer om informationsutbyte, medan sammansmältning handlar om att tillsammans utveckla gemensamma innovativa lösningar på mer komplexa problem. Den följande figuren illustrerar detta kontinuum.

SAMARBETE



Figur 3: Olika former av samarbete (efter Danermark & Kullberg, 1999).

Fridolf (2004) använder begreppet *samordning* som ett överordnat organisatoriskt begrepp och hennes modell illustrerar olika grader av överlappning mellan organisationer. Samordning förekommer i fem olika former eller grader, där en av dessa grader också benämns som samordning. De tre första graderna beskrivs som renodlade organisatoriska fenomen, medan de två senare även beskrivs som mellanmännsliga fenomen. *Samexistens* är den första graden och innebär att organisationer verkar parallellt utan att ta hänsyn till andras agerande. *Samverkan* är den andra graden och innebär att aktörerna handlar gemensamt men med tydliga gränser. *Samordning* är den tredje graden då gränserna luckras upp och aktörerna genomför uppgifter tillsammans, det vill säga de skapar ett gemensamt arrangemang. Vid *samarbete*, som är den fjärde graden av samordning, ökar överlappningen på så sätt att aktörerna genomför sina arbetsuppgifter tillsammans. Vid samarbete övergår fenomenet till att bli ett mellanmännsligt fenomen. Att upprätta och vidmakthålla relationer blir här en kärnaktivitet.

Enligt Fridolf (2004) innebär samarbete att aktörerna vågar ifrågasätta varandras kompetens och att åsikter stöts och blöts mot varandra. Hon anser att detta genererar ett gemensamt lärande där aktörerna påverkar varandras attityder och värderingar. Om samarbetet fördjupas genom ett gemensamt lärande kan till slut en *samsyn* utvecklas, vilket är den yttersta graden av samordning. Samsyn innebär att aktörerna har skapat gemensamma uppfattningar och attityder (Fridolf, 2004).

Liknande teoretiska modeller för att beskriva olika former av samverkan har också lanserats i den internationella forskningen på området. Leutz (1999) har till exempel delat in samverkan i tre olika nivåer: länkning, samordning och full integration. Det finns många olika modeller av samverkan i den internationella litteraturen, men ingen enighet om vilka modeller som är lämpliga i olika sammanhang (se t.ex. Mitchell & Shortell, 2000; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Huxham & Vangen, 2005).

Alla dessa modeller, som beskriver samverkan som ett kontinuum, kan betraktas som sammanställningar av olika former av samverkan. De visar att samverkansbegreppet och närliggande begrepp har en mångfald av betydelser. Samverkan kan innebära att ge order, ge information, skicka remisser, utveckla vårdkedjor eller att utveckla gemensamma arrangemang. Modellerna illustrerar samverkan som en linje i ett kontinuum där den ena ytterligheten kan innebära att aktörerna verkar parallellt utan någon större hänsyn till varandra medan den andra ytterligheten innebär gemenskap och att de har tillsammans genomarbetat och kommit fram till något som benämns för en sammansmältning och/eller samsyn. Modellerna försöker var för sig förtydliga och ge en överblick av olika begrepp och dess innebörder, vilket kan vara till stöd för aktörer som vill utveckla samverkan. Modellerna illustrerar samtidigt också den tidigare nämnda begreppsförvirringen, som innebär att samma begrepp har olika betydelser i de olika modellerna.

Modellerna kan ge ett sken av att det är relativt problemfritt att utveckla samverkan och att vissa tillstånd är statiska. Om det till exempel har skett en utveckling av samsyn eller sammansmältning så kan det verka som att detta tillstånd skulle vara stabilt. Ett sådant betraktelsesätt kan sägas vara något mekaniskt. En utgångspunkt för denna avhandling är istället att samverkan innebär att hantera olikheter och konflikter.

Processer i samverkan

De olika modellerna av samverkan kan uppfattas inte bara som strukturella modeller utan också som en utvecklingsprocess, där modellerna ger sken av att de samverkande aktörerna utvecklar en alltmer långtgående form av samverkan, till exempel från samordning till samverkan i Danermarks och Kullbergs (1999) modell. Även Fridolfs (2004) modell kan uppfattas som en utvecklingsprocess för samverkan, där samarbetet kan fördjupas genom ett gemensamt lärande som innebär att aktörerna utvecklar en samsyn som är den yttersta formen av samverkan enligt denna modell. Det finns även i den internationella litteraturen på området processinriktade samverkansmodeller som består av olika tillstånd längs en flytande skala med olika grader av ”intensitet” av samverkan (Konrad, 1996).

Lorange och Roos (1992) använder ett så kallat linjärt perspektiv för att förstå samverkan. De beskriver att samverkan utvecklas gradvis i en linjär process med tre olika faser: formering,

implementering och vidareutveckling. Den första fasen, *forming*, innebär att de olika parterna får ett intresse för att samverka och förhandlar om en överenskommelse. Den andra fasen, *implementering*, innebär att en gemensam förståelse utvecklas. Detta kan vara en kritisk fas i processen. Den sista fasen, *vidareutveckling*, innebär att samverkan fortsätter att utvecklas (Lorange & Roos, 1992). Modellen illustrerar att samverkan kan utvecklas som en linjär process i organisationer. Modellen visar att samverkansprocesser innehåller en kritisk fas, men att denna är övergående. Den sista fasen ger en illusion av att det uppstår ett läge där samverkan i fortsättningen kan utvecklas problemfritt.

Hertting (2003) har i sin avhandling beskrivit fyra fallstudier av samverkansprocesser mellan myndigheter, föreningar och bostadsföretag. Intentionen var att samverkan skulle utvecklas i fyra steg som illustrerades som en samverkanstrappa. I det första steget skulle aktörerna *samtala* med varandra och utbyta information. I det andra steget skulle en *samsyn* etableras, där aktörerna kunde enas om olika handlingsalternativ. Det tredje steget skulle innebära ett *samförstånd* om en gemensam strategi. I det fjärde steget, som innebar *samverkan*, skulle aktörerna handla i linje med den gemensamma strategin. Det visade sig i praktiken att de fyra studerade fallen hade huvudsakligen bara befunnit sig på trappsteg ett. Detta berodde på att samverkansprocesserna var fyllda av problem. Samverkansprocesserna innehöll kritik och missnöje. Aktörerna hade olika synsätt och olika förväntningar på samverkan (Hertting, 2003).

Det finns flera forskare som har varit kritiska mot att betrakta samverkansprocesser ur ett linjärt perspektiv och strävar istället efter ett perspektiv som inbegriper komplexitet och dynamik (Huxham & Vangen, 2005). De hävdar att det linjära perspektivet är otillräckligt och alltför instrumentellt för att ge en förståelse av komplexa organisationer. Kritiken riktas även mot att processer skulle vara ett slutet system och att händelser i processen skulle vara möjliga att förutsäga och planera. Det linjära synsättet har tendens att förneka betydelsen av konflikter och dess hantering i samverkansprocesser (Kernick, 2006; Plsek & Greenhalgh, 2001; Svensson & Otter, 2001). För att förstå dessa processer krävs ett annat perspektiv.

Ett dynamiskt perspektiv

Ett alternativt perspektiv på samverkansprocesser är det dynamiska perspektiv som Sherif och Sherif (1979) utvecklade i samband med studier av gruppers relationer till varandra och

interaktioner inom organisationer. Forskarna hävdade att de rådande relationernas karaktär samt normerna som präglas inom en grupp influerar gruppens relation till andra grupper. Samtidigt har mellangruppsliga processer även sitt eget särskilda förlopp. Karaktären av detta interaktionsförlopp återspeglar i sin tur interaktionen inom de enskilda grupperna och kan påverka förändringar i den inre strukturen av gruppen. Ett senare exempel på detta dynamiska perspektiv återfinns i Liljegrens (2008) avhandling. Han hävdar att det interna arbetet på en arbetsplats får konsekvenser för relationerna till andra professionella grupper. Han konstaterar att ”det interna och externa gränsarbetet hänger samman på ett komplext vis” (Liljegren, 2008, sid.55).

Mandell och Steelman (2003) har gjort en metaanalys av tidigare forskning om samverkan och utifrån denna gjort en sammanställning av centrala aspekter vid samverkan. Sådana aspekter är till exempel att aktörer i samverkan har att handskas med olikheter i form av olika problemorienteringar och olika mål, att graden av ömsesidigt beroende kan skilja sig åt, samt att det är skillnader i vilken grad deltagarna anstränger sig och i vilken grad de önskar att samverka, alltifrån att informera varandra till att hitta gemensamma nya lösningar. Slutligen har aktörerna även att handskas med vilken grad av organisatorisk förändring som avses, om de avser att upprätthålla *status quo* eller utveckla nya strukturer. Utgångspunkten är att samverkansaktörerna kommer från olika organisationer, verksamheter och professioner, vilket innebär en mångfald av perspektiv på alla dessa aspekter. Exempelvis handlar den första aspekten, problemorientering, om att aktörerna har att handskas med en mångfald av föreställningar om hur de problemen som samverkan har att hantera kan förstås. På samma sätt kan det finnas en mångfald av mål som aktörerna arbetar mot. Sammanställningen visar ett stort antal utmaningar och konflikter som samverkansaktörerna har att hantera (Mandell & Steelman, 2003).

Utifrån en litteraturstudie av samverkansforskning har Hudson, Hardy, Henwood och Wistow (1999) konstaterat att samverkan inte kan förstås utifrån linjära steg utan att det handlar om samverkansprocesser som är mer komplexa och i behov av ständig omformering. Även Huxham och Vangen har ett dynamiskt och komplext perspektiv på samverkan. De har gjort ett flertal studier av samverkan inom olika områden och hävdar att samverkansprocesser alltid är instabila och dynamiska (Huxham & Vangen, 2005; Vangen & Huxham, 2003). Författarna belyser flera problematiska dimensioner omkring samverkan. De hävdar att en övergripande problematik är de rådande uppfattningarna om samverkan i relation till vad de har kommit

fram till i sin forskning. De pekar på att både aktörer på fältet och en stor del av samverkansforskningen har flera naiva antaganden om samverkan. Bland dessa kan nämnas antaganden om att samverkansaktörer måste ha gemensamma, överenskomna mål som måste överensstämma, vidare att syftet med att samverka måste vara väldefinierat och realistiskt, samt att aktörerna måste ha gemensam värdegrund.

Huxham och Vangen (2005) menar att i realiteten är olikheter oftast grunden för samverkan. Aktörerna kommer från olika verksamheter och professioner, vilket ofta innebär olika perspektiv och värderingar. Ofta kan de olika aktörerna ha flera olika mål och en del av dessa är inte klart uttalade utan kan till och med vara dolda. Av olika skäl är olikheterna därmed ofta inte synliga. Det finns därmed både en öppen och en dold agenda, menar forskarna. Med dessa förutsättningar är det centrala inte att försöka tvinga fram att alla ska retoriskt uttala att de har gemensamma mål, utan istället att det finns behov av att kunna hantera de olika målen under processens gång. Att kunna hantera olikheter är en central, fortgående och svår aspekt av samverkan, menar forskarna. De har i en bok formulerat en rubrik som på ett talande sätt beskriver detta dilemma, ”vi måste ha gemensamma syften, men vi kan inte vara överens om dem” (Huxham & Vangen, 2005, sid.61).

Fältteori

Ett dynamiskt sätt att betrakta samverkansprocesser kan härledas från Kurt Lewins klassiska fältteori. Lewin (1951) var kritisk mot att förklara beteende endast utifrån individens egenskaper och utvecklade istället en dynamisk socialpsykologisk teori, där utgångspunkten är att beteendet är en funktion av samspelet mellan individen och dess omgivning. Beteende kan alltså inte förstås endast utifrån personliga egenskaper hos individen eller endast utifrån faktorer i omgivningen. Lewin menade att för att förstå mänskligt beteende måste hela det psykologiska fältet eller livsrummet, som människor handlar inom, betraktas. Beteende är en funktion av det fält som existerar samtidigt som beteendet inträffar. Individer och grupper deltar i en serie av livsrum, till exempel arbetet och familjen, som konstrueras under influens av olika krafter. Fältet definieras som den totala samtida verkligheten som kan förstås som ett ömsesidigt beroendeförhållande mellan olika faktorer (Lewin, 1951).

Individens beteende påverkas, enligt fältteorin, av spänningen mellan uppfattningsförmågan, perceptioner av självet och omgivningen. Teorin har ett holistiskt, dynamiskt och dialektiskt

perspektiv. Det holistiska, i motsats till det atomistiska, innebär att helheten är mer än summan av delarna, vilket i sin tur innebär att enskilda fenomen eller företeelser inte går att bryta ut ur sitt sammanhang. Det dynamiska perspektivet anger att skeenden är aktiva och rörliga, medan det dialektiska perspektivet innebär att olika faktorer ömsesidigt påverkar varandra inom ett och samma system. Detta innebär att fältteorin tar hänsyn till komplexiteten i sammanhanget. Fältteorin antar att situationen här och nu inte är direkt påverkad av dåtiden och framtiden, men förhållanden i nuet kan däremot få mening från skeenden i förfluten tid. Fältteorin betraktar den studerade situationen som en helhet, men involverar även alltid individernas uppfattningar och perception.

Lewin framhöll att det finns olika typer av fenomen som är konstruerade på olika sätt. Vid forskning är det därför centralt att klargöra vad det är för typ av fenomen som ska utforskas för att kunna veta vad som är möjligt att veta. Exempelvis kan kemiska ämnen utforskas med teorier om stimuli och respons, där det är möjligt att veta hur ett ämne reagerar på ett viss stimuli. Sociala och psykologiska fenomen har en helt annan karaktär och det är, till exempel, svårt att veta vad en frustration kan leda till. Det finns olika typer av sociala och psykologiska fenomen. Frustration och konflikt har dock samma typ av konstruktion. I fältteorin innebär en konflikt att det finns minst två krafter som överlappar varandra i ett fält. Lewin menade att en systematisk översyn av konflikter i ett fält skulle behöva en systematisk bearbetning av omständigheterna och dess effekt på konflikterna (Lewin, 1948).

Modell av interaktionsprocesser

Kronvall, Olsson och Sköldborg (1991) har utvecklat ett dynamiskt perspektiv på processer i arbetslivet. Forskarna har studerat grupper och organisationer, vilket bland annat har resulterat i en modell av interaktionsprocesser. Den har egentligen aldrig provats utan är en hypotetisk modell. Modellens utgångspunkt är tidigare forskning om grupper och gruppers utveckling. Grupper genomgår en serie utvecklingsstadier vid uppbyggnad av relationer inom gruppen. Vissa faser i grupp-utvecklingen är instabila, till exempel faser som innebär att medlemmarna utövar tryck på varandra för att bevara samhörighetskänslan. Andra instabila faser kan innebära att medlemmar stöts ut för att bevara gruppen. Om gruppen kan hantera dessa riskfyllda faser kan gruppen komma till en samarbetande fas, där synergi kan uppstå och olikheterna bli gruppens bästa resurs. Forskarnas utgångspunkt är att gruppens effektivitet

är beroende av i vilken fas gruppen befinner sig. Har gruppen kommit till en samarbetande fas är medlemmarna mer flexibla och effektiva.

Modellen utgår ifrån ett antagande om att skeenden mellan människor äger rum på två plan, dels i en arbetsprocess och dels i en social process. Med en *arbetsprocess* avses de handlingar som är inriktade på en arbetsuppgift eller en sakfråga som beslut om åtgärder och insatser. En *social process* omfattar den interaktion som pågår mellan aktörerna för att till exempel upprätthålla relationer eller att bevara en grupp. Forskarna menar att dessa båda processer påverkar varandra och de eventuella mål som aktörerna arbetar mot. Det som sker på arbetsprocessplanet är inte alltid direkt relaterat till det mål som aktörerna officiellt arbetar mot, utan skeenden som exempelvis sakbeslut kan istället vara mer förbundet med det som sker i den sociala processen. Aktörer kan till exempel ta beslut som dolt syftar till att bevara relationer eller befästa syndabocksroller (Kronvall, Olsson & Sköldborg, 1991).

Interaktionsprocessmodellen ger ett utvidgat perspektiv på processer. Utvecklingsprocesser kan beskrivas utifrån komponenter som är de officiella och tillhör arbetsprocessplanet, till exempel vilka strategier som utformas, hur utvecklingsprocessen organiseras, hur uppgifter utförs, hur det hela administreras, vilka sakbeslut som tas, samt vilka metoder som konstrueras för ändamålet. Vad som sällan beskrivs är den sociala process som pågår parallellt med processen på arbetsplanet. Den hypotetiska utgångspunkten i modellen är att den sociala processen påverkar utvecklingen av det som sker på arbetsprocessplanet. Modellen stödjer därmed antagandet att sociala aspekter har en central betydelse för samverkansprocesser. Dessa aspekter omfattar deltagarnas sociala interaktion, de relationer som utvecklas, deras känslomässiga reaktioner, deras attityder och föreställningar, ledarskapets betydelse för deltagarna samt deras hantering av olikheter och konflikter.

Samverkan i ett konfliktperspektiv

Den samhällsvetenskapliga forskningen har ibland beskrivits utifrån två olika vetenskapsparadigm, som innebär ett konsensus- respektive ett konfliktperspektiv (Eliasson-Lappalainen, 1987). Den grundläggande skillnaden mellan dessa perspektiv är att i ett konsensusperspektiv uppfattas den sociala likformigheten eller jämvikten som det normala tillståndet och konflikter som störande element. I ett konfliktperspektiv däremot uppfattas den

sociala ojämlikheten och konflikter som normala tillstånd medan jämvikt uppfattas som något tillfälligt (Israel, 1971).

I forskning om samverkan blir studiernas positionering omkring ett konsensus- respektive konfliktperspektiv särskilt påtagliga. Positioneringen kan påverka studiens resultat, fokus, teoriutveckling och slutsatser. Forskningen blir fundamentalt olika om konflikter betraktas som en aspekt av samverkan eller om de betraktas som något övergående eller som en motsats till samverkan. Vad som kategoriseras som samverkan blir olika beroende på vilket perspektiv forskningen utgår ifrån. Konflikter kan till exempel gynna syftet för samverkan, men kan uppfattas som något oönskat och något som stör processen beroende på perspektivet.

Forskning som är präglad av konsensusperspektivet använder oftast mekaniska eller organiska analogimodeller (Eliasson-Lappalainen, 1987), medan konfliktteoretikerna använder mer dynamiska modeller, som till exempel den modell av interaktionsprocesser som beskrivits ovan. Utifrån ett dynamiskt och konfliktteoretiskt perspektiv finns det flera aspekter som kan vara centrala i samverkansprocesser. Konflikter är utifrån detta perspektiv naturliga aspekter i samverkansprocesser och hantering av konflikter är därför av central betydelse. Andra aspekter som visat sig ha stor betydelse i sådana processer är tilliten mellan aktörerna, samt att dessa har ett gemensamt mål.

Konflikter och konflikthantering

Det finns ingen enhetlig och allmänt accepterad definition av begreppet konflikt. Att det innebär någon form av motsättning är troligen de flesta överens om. I fältteorin, till exempel, innebär en konflikt att det finns minst två krafter som överlappar varandra i ett fält (Lewin, 1948). Däremot går uppfattningarna mer isär om man kan definiera konflikter som inte har hanterats. Vissa använder begreppet konflikt endast vid de tillfällen då aktörerna som är i konflikt går till någon form av handling. I vardagssammanhang uppger människor ofta att de inte har några konflikter, men vad de då syftar på är hur konflikterna hanteras. En vidare syn på konfliktbegreppet innebär att man kan definiera en konflikt trots att de involverade aktörerna ännu inte har gått till handling. De kan till exempel de välja att dölja konflikten eller också är de inte ens medvetna om konflikten (Olsson, 1988). Det är därför viktigt att skilja mellan konflikters existens och konflikthandlingar.

Det har gjorts flera försök att kategorisera konflikter, till exempel utifrån aktörernas karaktär som interpersonella konflikter, intergruppkonflikter, raskonflikter eller religionskonflikter (Fink, 1968). Andra försök att kategorisera har utgått ifrån föremålet för konflikten och använt kategorier som målkonflikter, maktkonflikter, konflikter om resurser, eller konflikter om status. Olsson (1988) utvecklade i sin avhandling om förändringsprocesser i organisationer en modell som visade vilka typer av konflikter som kunde vara aktuella i en sådan förändringsprocess. Olsson hävdade att konflikter inte går att definiera så enkelt som tidigare forskare hade gjort, eftersom konflikter har en komplicerad karaktär. Han menade att konflikter utspelar sig både på en interpersonell och på en inre psykisk arena samtidigt. Dessutom pågår flera konflikter samtidigt inom organisationer. Olsson använde därför konfliktkategorier som relationskonflikter, missuppfattningskonflikter, metakonflikter och marginalkonflikter. Dessa konflikter utspelade sig oftast på flera arenor samtidigt.

Denna konfliktmodell visade att olika konflikter var aktuella under olika faser av en förändringsprocess. Den visade också att vissa konfliktkategorier blir aktuella beroende på om förändringsprocessen är ett spontant initiativ, ett initiativ som initieras nerifrån, eller ett initiativ som startar ovanifrån i organisationen. Vid en förändringsprocess som initieras nerifrån kunde fyra olika kategorier av konflikter identifieras samtidigt under den första tiden av processen. Då initiativet kom uppifrån var det en annan kombination av konfliktkategorier som var aktuella under samma fas (Olsson, 1988).

Ekeland och Nordli (2006) hävdar att en konflikt inte är något destruktivt utan endast något som kan utvecklas till något destruktivt beroende på hur konflikten hanteras. Enligt Dewey (1957) kan konflikter lyfta människan ur passivitet och utveckla hennes vitalitet och uppfinningsförmåga. Flera studier av individer, grupper och organisationer har också visat att konflikter är ett naturligt mellanmänniskt fenomen. Det finns fler teorier om gruppens olika utvecklingsfaser där en konfliktfas är central för gruppens vidare utveckling (Lacoursiere, 1980; Olsson, 1988, 1998). En av pionjärerna på området var Tuckman (1965), som beskrev hur en gruppprocess kan utvecklas i fyra faser: ”forming”, ”storming”, ”norming” och ”performing”. I hans modell är ”storming” en viktig fas för gruppens vidare utveckling. Konflikter kommer under denna fas upp till ytan och måste då hanteras för att gruppen ska komma vidare in i de andra faserna, där det råder ett mer stabilt klimat som gagnar ett kreativt arbete i gruppen (Tuckman, 1965).

Kouzes' och Mico's (1979) domänteori visar att de olika domänerna inom människobehandlande organisationer har olika synsätt och perspektiv, vilket innebär att de ofta står i konflikt med varandra. Samma sak gäller vid samverkan eftersom det ofta innebär en mångfald av perspektiv, språk, kulturer, värderingar och mål. Samverkan motiveras oftast just utifrån denna aspekt att det finns flera aktörer som arbetar mot ett övergripande gemensamt mål men utifrån olika perspektiv. Studier om samverkan har också visat att konflikter är en naturlig del i processen (Huxham & Vangen, 2005; Olsson, 1988). Människor är unika och har olika utgångspunkter, därför blir konflikter ett naturligt inslag i den mellanmänniskliga processen.

Ragneklint (2002) har i sin doktorsavhandling studerat effektivitet inom hälso- och sjukvård utifrån domänteorin. Som nämnt ovan finns i domänteorin ett antagande om att domänerna i en människobehandlande organisation står i naturlig konflikt med varandra. Ragneklint visar i sin studie en brist på konflikthanteringsarenor och konsekvenserna av detta. Han hävdar att utvecklingsprojekt inom hälso- och sjukvårdsorganisationer nästan alltid är begränsade till den professionella nivån, vilket innebär att det inte sker några större förändringar av organisationens struktur eller värderingssystem. För att överbrygga domänernas kulturella motsättningar föreslår han en utveckling av förhandlingsarenor. Detta skulle kunna innebära kontinuerliga möten mellan de olika domänerna (Ragneklint, 2002). Det är flera forskare som på samma sätt hävdar att en positiv utveckling av samverkansprocessen är beroende av att det finns en uppbyggd struktur för kommunikation och arenor för konstruktiv konflikthantering (Ekman Phillips, 2002; Olsson, 1991; Olsson & Ingvad, 2000).

På liknande sätt menade Blake och Mouton (1979) att ett första steg i en samverkansprocess är att åstadkomma en ”kontrollerad explosion” för att aktörerna på så sätt ska få kunskap om varandras styrka, samt för att frigöra eventuella undertryckta spänningar mellan grupperna. Det kan innebära att de samverkande aktörerna har en öppen dialog kring förväntningar om vad de vill åstadkomma och hur det ska kunna ske. Detta kan vara ett viktigt led för att upprätta relationer och förtroende emellan aktörerna (Blake & Mouton, 1979).

En konflikthanteringsmodell

Utifrån ovanstående resonemang kan man konstatera att aktörers hantering av konflikter har en central påverkan på utvecklingen av såväl grupper som samverkansprocesser. Olsson

(1998) har utvecklat en konflikthanteringsmodell som presenterar olika sätt att hantera konflikter. Modellen har utvecklats utifrån studier av en förändringsprocess inom en sjukhusorganisation. Hans forskning visade att konflikter hanteras olika under förändringsprocessen gång och att hanteringsstrategin är avgörande för förändringsresultatet. Konflikthanteringsmodellen kan därför vara ett stöd för förståelsen av processers dynamik och utveckling. Modellen innehåller fyra olika strategier för konflikthantering: en defensiv strategi, en makt- och tvångsstrategi, en rituell strategi och en samverkansstrategi. Utgångspunkten för denna kategorisering är de inblandade aktörernas förhållande till konflikten och till varandra.

En *defensiv strategi* innebär att konflikterna hålls dolda. Aktörerna har på något sätt kommit överens om att hålla sina konflikter dolda, till exempel genom att sopa dem under mattan. En *makt- och tvångsstrategi* innebär att konflikterna är öppna, men att någon eller några utnyttjar de andra aktörernas svaghet eller beroende och försöker tvinga dem till underkastelse genom till exempel hot eller våld. Med en *rituell strategi* hanteras yttringar av öppna eller dolda konflikter via automatiskt reglerande eller genom magiska kollektiva handlingar som religiösa ceremonier, genom offentliga bestraffningar, genom att initiera festligheter, eller genom normer som reglerar kommunikationen. En *samverkansstrategi*, slutligen, innebär att aktörerna förhåller sig medvetna om och öppna till sina konflikter. De skapar ömsesidiga överenskommelser om hur dessa ska hanteras, till exempel genom att upprätta en arena för förhandlingar eller genom att använda en tredje part som kan hjälpa till med konfliktlösning.

I samverkansprocesser borde det ultimata vara att hantera konflikter med hjälp av en samverkansstrategi (Olsson, 1998). Det kan vara svårt att se att samverkan skulle gynnas av att konflikterna i processen hanteras genom en defensiv strategi, en makt- och tvångsstrategi eller en rituell strategi. Genom den defensiva strategin hålls olikheter och konflikter dolda, genom makt- och tvångsstrategin är det någon av aktörerna som får underkasta sig någon annans perspektiv och genom den rituella strategin flyttas fokus till något helt annat.

Utifrån ett konsensusteoretiskt perspektiv kan processer med någon av dessa tre strategier betraktas som välfungerande samverkansprocesser eftersom konflikter då inte alltid syns. Genom att konflikter och olikheter hålls dolda, genom att vissa aktörer blir tvingade till tystnad eller manipulerade, eller genom att flytta fokus från konflikter, kan det hävdas att aktörerna är överens och att det sker ett gemensamt handlande för ett visst syfte. Utifrån detta

perspektiv kan däremot processer, där en samverkansstrategi används vid hantering av konflikter, betraktas som något som är i motsats till samverkan, en process fylld av konflikter. Detta eftersom samverkansstrategin innebär att olikheter och konflikter blir öppna och synliga.

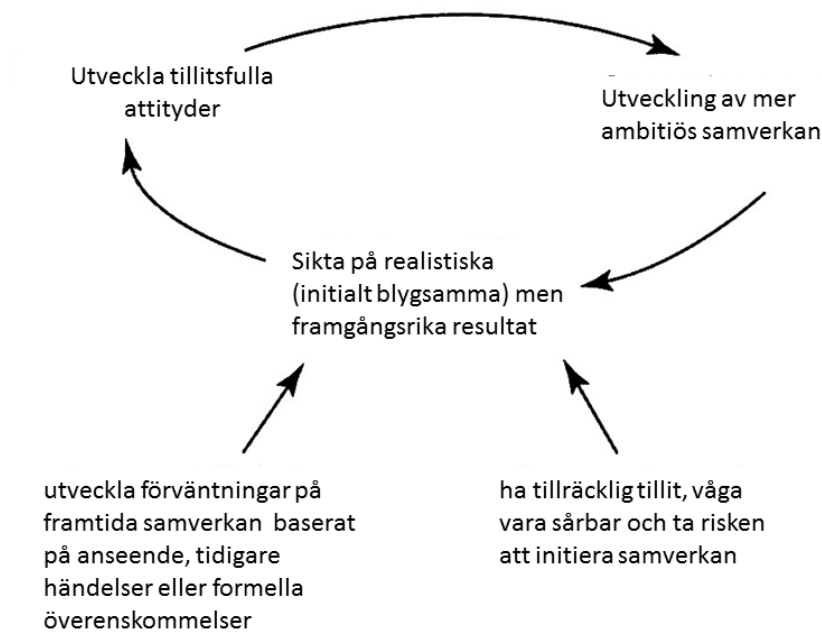
Tillit mellan aktörer

Tillit har varit en återkommande aspekt i flera studier om samverkan (De Cremer & Stouten, 2003; Huxham & Vangen, 2005; Nordqvist, 2002). Tillit är ett mellanmänniskt fenomen som hänger nära samman med känslor och attityder. Nordqvist (2002) hävdar att i samverkanssituationer är oftast inte arbetsrelationerna tydligt definierade i termer av roller, uppgifter eller procedurer, vilket innebär att tilliten blir ett särskilt viktigt element. Vissa forskare har också betraktat tillit som en motsats till osäkerhet och kontroll. Jones och George (1998) hävdar till exempel att situationer som medför ett gemensamt ansvar för en uppgift innebär att det råder ett visst mått av osäkerhet hos de samverkande aktörerna. För att överbrygga denna osäkerhet behövs det tillit mellan aktörerna (Jones & George, 1998).

Vissa forskare har kopplat tillit till vad de uppfattar som dess motsats, nämligen kontroll (Costa, Roe & Taillieu, 2001; Nordqvist, 2002). De hävdar att om det finns tillit mellan de samverkande aktörerna innebär det att de inte behöver kontrollera varandra och vice versa, det vill säga om aktörerna saknar tillit till varandra leder det till att de kontrollerar varandra. Forskarna hävdar att då aktörerna kontrollerar varandra kan konsekvensen bli att de inte vill ta några risker eller några initiativ till samverkan. Detta kan då medföra att den påbörjade eller tilltänkta samverkan helt enkelt rinner ut i sanden.

Huxham och Vangen (1996) har som tidigare nämnts visat på att det förekommer en del naiva uppfattningar om samverkan och en av dessa är att det måste finnas tillit från början för att lyckas med samverkan. De menar att i realiteten finns inte tilliten från början, utan istället råder inledningsvis en viss osäkerhet och misstänksamhet hos aktörerna. Hjelte (2005) pekar också på detta i sin avhandling om samverkan mellan skola och barnomsorg. Hans studie visar att samverkan inom detta område kunde innebära ett spänningsfyllt förhållande mellan legitima föreställningar om samarbetet. Dessa föreställningar försvårade möjligheterna att organisera samarbetet, samt möjligheterna att träffas och samtala om barnen (Hjelte, 2005).

Huxham och Vangen (1996) hävdar trots allt att tillit är en central aspekt vid samverkan. De menar dock att tillit inte är något statiskt tillstånd utan dynamiskt, något som de samverkande aktörerna ständigt måste arbeta med för att uppnå samt för att hålla vid liv. De har studerat hur tillit kan skapas och utvecklas, vilket de illustrerar med en modell av tillitsskapandet som en cyklisk process. En illustration av denna modell är återgiven i den följande figuren.



Figur 4: Den tillitsskapande processen (efter Huxham & Vangen, 2005, sid.68).

Modellen visar att två huvudfaktorer är centrala i tillitsskapandet, förväntningar och risktagande. *Förväntningar* kan formas på olika sätt, till exempel utifrån anseende eller tidigare händelser, eller genom formella överenskommelser mellan de samverkande aktörerna. *Risktagande* förutsätter mod eller en vilja till risktagande hos aktörerna, vilket i sin tur förutsätter att det finns en viss tillit mellan dessa. Den cykliska processen innebär sedan att aktörerna vill och vågar satsa mer och mer och tar allt större risker allteftersom tilliten växer. Detta sker under förutsättning att det finns en positiv respons mellan aktörerna. Processen förlöper på så sätt runt som i en cyklisk process, varvid riskerna och resultaten kan öka och bli större allteftersom tilliten ökar (Huxham & Vangen, 1996, 2005).

Ett klassiskt experiment, som egentligen primärt handlar om lydnad, kan nyansera resonemanget om tillit något. Stanley Milgrams (1974) lydnadsexperiment visade på

individers benägenhet att lyda trots att det var uppenbart att de orsakade andra människor stor smärta och eventuellt död. En forskningsledare beordrade försökspersoner att utdela livsfarliga elektriska stötar på människor. Försökspersonerna observerade människorna som vred sig av smärta av stötarna, men fortsatte trots allt att dela ut dessa. Vad försökspersonerna inte visste var att människorna inte fick några riktiga stötar utan att de var skådespelare som spelade att de upplevde smärta. 65 % av försökspersonerna var beredda att lyda och utdela de livshotande stötarna. Slutsatsen från experimentet var att individer är beredda att utföra våldshandlingar mot människor som de inte har någon fientlig relation med (Milgram, 1974). En annan slutsats som kan dras från detta experiment är att försökspersonerna förmodligen upplevde en hög tillit till forskningsledaren som bad dem att utdela stötarna. Om de inte hade haft den tilliten skulle de troligen inte ha lytt forskningsledaren utan ha litat mer till sitt eget omdöme och avslutat experimentet då de såg att de tillfogade människor smärta. Därmed sagt att för mycket tillit, där man tappar sitt eget omdöme, kan vara riskabelt.

Gemensamt mål

Forskning har visat att det har en central betydelse för utvecklingen av samverkan är att de samverkande aktörerna har ett gemensamt mål (Sherif, 1966). Enligt Sherif och hans medarbetare (1961) är det också väsentligt att de samverkande aktörerna inser att de inte kan nå målet ensam utan att de är beroende av varandra för att kunna uppnå detta. Genom empiriska studier av grupper har de visat att gruppdeltagares insikt om sitt beroende av varandra påverkar grupp dynamiken. Deras mest kända studie var ett experiment med två ungdomsgrupper som kom i konflikt med varandra vid en forskningssituation i ett skogsområde, "The Robbers Cave Experiment". Situationen var sådan att ungdomarna, som befann sig ute i skogen, var beroende av att en buss kom med mat och dryck till dem. En dag körde matbussen i diket och den enda möjligheten att få tillgång till födan var att få upp bussen ur diket. Det visade sig att inget av de två ungdomsgängerna kunde klara det själva, utan enda möjligheten för dem att få tillgång till mat var att de två gängerna samverkade. Genom dessa omständigheter började de båda ungdomsgängerna att samverka. Forskarnas slutsats var att konflikter kan övervinnas och samverkan kan uppstå genom ett gemensamt angeläget mål som ingen av aktörerna kan uppnå ensam (Sherif, Harvey, White, Hood & Sherif, 1961).

Ett liknande resonemang har Brown (2000) utvecklat, för att förstå grupper och grupp dynamik med stöd av den tidigare beskrivna fältteorin. Brown hävdar att det är centralt

för en grups utveckling och för gruppdynamiken, att deltagarna förstår att de är ömsesidigt beroende av varandra för hur framtiden ska utfalla. Aktörer i en grupp får en ny psykologisk mening för varandra då de inser att deras framtid, eller öde som Brown beskriver det, beror inte bara på dem själva utan på hela gruppen. Om det finns en gemensam uppgift som är av en sådan art att gruppens medlemmar är beroende av varandra för att lyckas, samt om en deltagare lyckas så gynnas även de andra medlemmarna i gruppen, då finns det en dynamisk kraft att samverka (Brown, 2000).

Det ömsesidiga beroendet av varandra i grupper kan vara av olika grader. Ett svagt ömsesidigt beroende i en grupp innebär att det finns svaga motiv för att samverka. Det ömsesidiga beroendet kan emellertid vara så starkt att medlemmarna är beroende av varandra för sin överlevnad, vilket innebär att gruppen utvecklar en stark dynamisk kraft. Det ömsesidiga beroendet resulterar då i att gruppen blir en dynamisk helhet. Detta innebär i sin tur att en förändring hos en medlem eller en subgrupp påverkar de andra. Denna dynamiska helhet skapar ett inneboende tillstånd av spänning mellan gruppmedlemmarna, som stimulerar eller motiverar att gruppen arbetar mot ett gemensamt mål (Brown, 2000; Lewin, 1948).

Ett mer kritiskt perspektiv på argumentet om att de samverkande aktörerna ska ha ett gemensamt mål att arbeta mot har Huxham och Vangen (2005). De hävdar att det oftast finns flera mål vid samverkan. De menar att flera samverkande aktörer innebär också flera olika mål. Motiven till att samverka innehåller flera mål som är mer eller mindre uttalade och det kan även vara mål som är motstridiga. Enligt Huxham och Vangen kan målen vid samverkan delas in i tre olika nivåer. För det första finns ett uttalat *samverkansmål*, som utgör ett övergripande mål för vad man gemensamt strävar efter att uppnå genom samverkan, till exempel en bättre hälsa för befolkningen. Därutöver finns olika *organisationsmål* utifrån enskilda organisationer eller grupper och deras mål med samverkan, som inte alltid är direkt relaterade till det övergripande målet med samverkan. Det kan till exempel handla om en professions mål, som Liljegren (2008) beskriver i sin avhandling. Professionella grupper arbetar aktivt med att konstruera gränser för att uppnå kontroll över sitt yrkesfält. Förutom dessa organisationsmål finns dessutom *individuella mål*, som ofta är dolda, till exempel att knyta kontakter eller att skapa karriärmöjligheter.

Huxham och Vangen (2005) har utarbetat en modell som beskriver olika typer av mål vid samverkan. I modellen framställs målen på tre olika nivåer: en övergripande gemensam nivå,

en nivå för de enskilda organisationerna, samt en nivå för de deltagande individerna. Av modellen framgår att dessa mål kan vara antingen tydliga och uttalade eller mindre uttalade, förmodade utan att någon formulerat dem. Det finns även mål som är avsiktligt dolda. Det finns dock inga övergripande gemensamma mål som är dolda, det är en logisk omöjlighet, menar forskarna. En sammanställning av de olika typerna av mål är återgiven i följande tabell.

Tabell 2: Olika typer av mål vid samverkan (efter Huxham & Vangen, 2005, sid.62)

<i>Deltagarperspektiv</i>	<i>Uttalat</i>	<i>Förmodat</i>	<i>Dolt</i>
Mål för samverkan	Det gemensamma syftet med samverkan		Det finns inga övergripande gemensamma mål som är dolda, detta är en logisk omöjlighet.
Mål för organisationer	Vad varje organisation hoppas att vinna för sin egen del genom samverkan		
Individuella mål	Vad varje individ hoppas att vinna för sin egen del genom samverkan		

Syftet med modellen är att skapa ökad förståelse för samverkansaktörernas motivation och tydliggöra de olika och ibland motstridiga målen som kan hindra samstämmighet och blockera samverkansprocesser. Genom denna modell vill forskarna också påvisa komplexiteten i uttalandet om ett gemensamt mål. En slutsats är att samverkan sällan kan leda till att alla dessa mål uppfylls. Det är därför inte lämpligt att de samverkande aktörerna ska starta med en dialog för att klargöra alla målen. Detta skulle bara synliggöra oförenliga mål och en förhandling om dessa troligen inte hjälpa. Huxham och Vangen (2005) menar att de samverkande aktörerna kan samlas kring ett uttalat övergripande mål, men de behöver inte vara helt överens om alla de förekommande målen för samverkan och det är inte heller fruktbart med en djup undersökande dialog om dessa. De förespråkar istället att de samverkande aktörerna ska starta sin samverkansprocess genom att samlas kring det uttalade övergripande målet och göra gemensamma aktioner utifrån det (Huxham & Vangen, 2005).

Grupptänkande

Vid studier av samverkansprocesser där beslut ofta fattas i grupp kan det vara viktigt att känna till fenomenet grupptänkande, eller ”groupthink” som det ofta kallas (efter Janis, 1972). Grupptänkande handlar om hur grupper förorsakar felaktiga handlingar, vansinniga beslut, eller fiaskon, som Janis (1972) benämnde dem. Han fann några gemensamma mönster i ett antal fallstudier av denna typ av beslutsfattande. I de grupper som det handlade om i dessa fall fanns det krafter som verkade för att minimera konflikter, att hålla samman grupperna och att uppnå konsensus. Det fanns även tendenser till att grupperna ville upphöja sig själva och sin förmåga i relation till andra. Ett annat sätt att beskriva detta är att gruppklimatet präglades av hög ömsesidig tillit. Det fanns tecken på konkurrens i grupperna, men det försökte gruppmedlemmarna att dölja. Detta innebar att kritiskt tänkande, analys och utvärdering hindrades eller försvårades. Gruppmedlemmarna undvek att komma med synpunkter som gick utanför gruppernas samsyn. Individuella tvivel sköts åt sidan av rädsla för att rubba balansen och den goda stämningen i grupperna. Beslut som togs var hastiga och irrationella och de ledde ibland till katastrofala följder (Janis, 1972, 1982; Rosander, 2003).

Grupptänkande handlar inte om situationer då en stark officiell eller inofficiell ledare manipulerar en grupp, som då upplever att de inte har något annat val än att underkasta sig. Det handlar istället om felaktiga handlingar och beslut i en grupp där orsakerna är mer svåridentifierade och svårförklarliga. Fenomenet kan innebära en stor fara för samhället och för gruppmedlemmarna själva. Eftersom det är en vanlig strategi i utveckling av samverkan att bilda grupper kan det vara viktigt att vara medveten om fenomenet grupptänkande. Om det sker beslut eller handlingar i grupper som är svåra att förstå och eller att förklara rationellt kan fenomenet grupptänkande vara ett stöd i detta.

Tidigare forskning om samverkan

Fenomenet samverkan är tvärvetenskapligt och har studerats utifrån olika utgångspunkter, perspektiv och vetenskapliga discipliner. Forskning om samverkan har bedrivits bland annat inom folkhälsovetenskap, företagsekonomi, psykologi, socialmedicin, sociologi, socialt arbete, statsvetenskap, samt teknik och logistik. Det finns också forskning om andra fenomen som relaterar till fenomenet samverkan, till exempel forskning om organisering och mellanmänniskliga relationer och samspel.

Axelsson (2012) har gjort en sammanställning av forskning om samverkan i Sverige. Denna sammanställning visar att det finns en hel del forskning med anknytning till samverkan på flera håll i landet. Forskningen är i allmänhet inriktad mot något specifikt verksamhetsområde som arbetslivsinriktad rehabilitering (Wihlman, 2009; Löfström, 2010), integrerad hälso- och sjukvård (Åhgren, 2007), folkhälsoarbete (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007), samt psykiatri och missbruksvård (t.ex. Björkman, 2000). Det finns också forskning om samverkan med inriktning mot vissa målgrupper som äldre (Lindberg, 2002), personer med olika former av funktionsnedsättningar (Hultberg, 2005) eller utsatta barn och ungdomar (Danermark, 2009; Germundsson, 2011). Det förekommer dessutom en hel del forskning om samverkan utanför välfärdssystemet, till exempel i tekniska och kommersiella sammanhang, samt kring samhällsplanering, energi- och miljöfrågor (t.ex. Kadefors, 2004, 2005). Det finns även en del forskning om samverkan i olika utvecklingsprojekt, samt forskning om industriella, kommersiella och professionella nätverk (Lindberg, 2009).

Det finns en hel del svensk forskning om organisering av samverkan, samt om olika hinder och framgångsfaktorer, till exempel kulturella skillnader mellan samverkande professioner och organisationer, svårigheter att kommunicera över professionella och organisatoriska gränser, samt strukturella hinder i form av lagstiftning och regelsystem (se Berlin, Carlström & Sandberg, 2009). Däremot finns det inte så mycket forskning om effekter av samverkan. Detta hänger troligen samman med svårigheter att isolera effekter av samverkan från andra effekter. Hultbergs (2005) avhandling om samverkan mellan sociala och medicinska professioner visade att personalen upplevde att samverkan var positivt men att det inte hade någon effekt för målgruppen de arbetade för. Boklund (1995) påpekade i sin avhandling om samverkan mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg att samverkan kan användas som en kontrollfunktion. Hon hävdade att samverkan primärt är till för samhällets behov av att utöva social kontroll och inte alltid gagnar klienterna. Enligt hennes uppfattning är det viktigt att ifrågasätta samverkan och vem den ska vara till för (Boklund, 1995).

En nyligen genomförd studie av den internationella forskningen om samverkan på rehabiliteringsområdet visar att det finns sådan forskning bland annat i Storbritannien, Nederländerna, Kanada, Australien, USA och de övriga Nordiska länderna (Andersson, Åhgren, Bihari Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011). I Norge genomförs för närvarande en

stor ”samhandlingsreform” inom hälso- och sjukvården, som syftar till en ökad samverkan mellan den kommunala primärvården och de statliga hälsoföretagen som sjukhusen tillhör (St.meld. nr.47, 2008-2009). I Norge har också genomförts en annan reform, där arbetsförmedlingen har slagits samman med försäkringskassan till en ny arbets- och välfärdsorganisation (NAV), som ska samverka med den kommunala socialtjänsten (St.prp. nr.46, 2004-2005). Det pågår för närvarande olika praktiska och vetenskapliga utvärderingar av båda dessa reformer.

Förutom denna genomgång av forskning om samverkan gjordes för denna avhandling en bibliometrisk studie av tidigare forskning om samverkan och samverkansprocesser, som återfinns i Bilaga 1. Studien gjordes i databasen SAGE under våren 2009. Denna databas valdes eftersom den omfattar forskning inom flera relevanta områden som sociala aspekter, hälsa, kommunikation, miljö och organisation. Sökningarna gjordes med hjälp av engelska begrepp som motsvarar de begrepp som används i denna avhandling. En uppdatering med hjälp av förnyade sökningar gjordes sedan under sommaren 2011 i samma databas.

Sammanfattningsvis visade sökningarna att fenomenet samverkan är tvärvetenskapligt och att det förekommer en omfattande forskning om detta fenomen inom olika vetenskapliga discipliner. Vidare framkom att det inte är vanligt med forskning om samverkansprocesser utifrån ett konfliktteoretiskt perspektiv. Det verkar finnas kunskapsluckor inom detta område och därför också ett behov av forskning med den inriktningen.

Sammanfattande reflektioner

Samverkansbegreppet är komplext och mångtydigt. Det förekommer en hel del forskning om samverkan utifrån flera olika perspektiv och fokus, med olika definitioner och många snarlika begrepp. Det finns också flera olika modeller som visar olika former av samverkan samt olika former av processer i samverkan och centrala aspekter i dessa. Forskning om samverkan utifrån ett konfliktteoretiskt perspektiv är dock begränsad.

Organisationer betraktas i denna avhandling utifrån ett nyinstitutionellt perspektiv, som öppna och naturliga system. Det innebär ett antagande om att faktorer i samhället påverkar organisationer och att det råder ett ömsesidigt socialt och kulturellt beroende mellan organisationerna och deras omgivning. Domänteorin är en teori om människobehandlande

organisationer och beskriver samspelet inom dessa organisationer. Teorin beskriver att dessa organisationer består av tre domäner – en professionell, en administrativ och en politisk domän. Dessa domäner har olika perspektiv, synsätt och angreppssätt som kan komma i konflikt med varandra.

Denna studie positionerar sig genom att betrakta samverkansprocesser ur ett dynamiskt och holistiskt perspektiv samt ur ett konfliktteoretiskt perspektiv. Det dynamiska perspektivet inbegriper komplexitet och dynamik till skillnad från det mer statiska linjära perspektiv som ofta har använts i studier av samverkan. En dynamisk modell som kan öka förståelsen om samverkansprocessen är modellen om interaktionsprocesser. Den utgår ifrån ett antagande om att skeenden mellan människor äger rum på två plan, dels i en arbetsprocess och dels i en social process, samt att båda dessa processer påverkar varandra och det som sker.

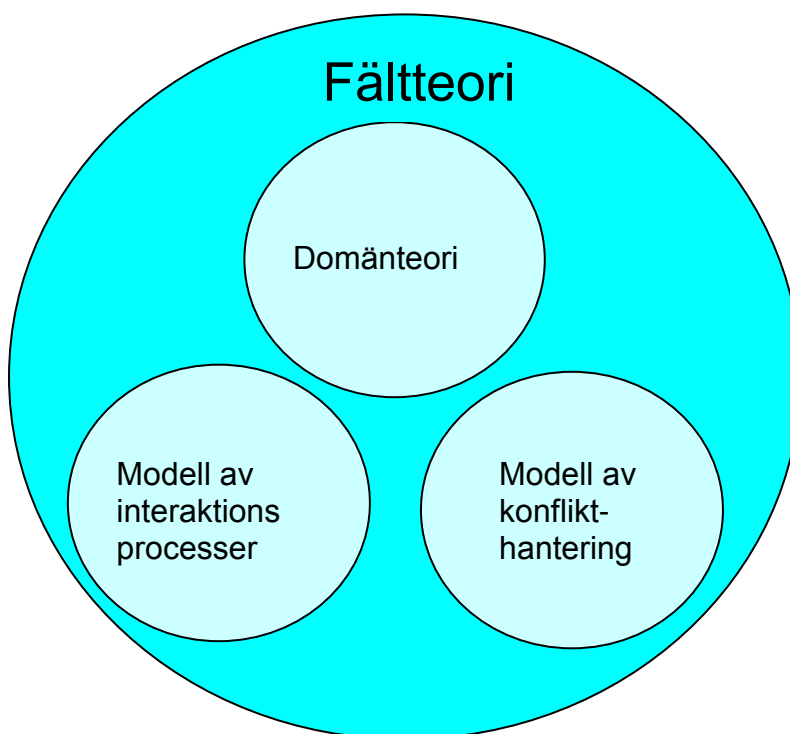
Fältteorin innehåller ett dynamiskt och holistiskt perspektiv samt ett konfliktteoretiskt perspektiv. Det holistiska perspektivet innebär att beteenden och skeenden inte enbart kan förstås utifrån personliga egenskaper hos individen, men inte heller enbart utifrån faktorer i omgivningen, utan genom ett samspel mellan dessa olika egenskaper och faktorer. Ett konfliktteoretiskt perspektiv innebär att konflikter är normalt tillstånd medan harmoni och jämvikt är något tillfälligt. Det innebär också att det som sker i processen inte går inte att förutsäga och inte alltid innebär ett positivt utbyte. Detta perspektiv räknar inte heller med att processen ska leda till att aktörerna uppnår de mål som de eftersträvar från början. Samverkan innebär istället en oförutsägbart, dynamisk och ofta komplicerad process.

Konflikter är naturliga i samverkansprocesser och de har visat sig vara av central betydelse för både grupp- och samverkansprocesser. Det är viktigt att skilja mellan begreppet konflikt och konflikthantering. Det kan finnas konflikter utan att aktörerna är medvetna om dem och de kan finnas utan att de har hanterats. En konflikt behöver inte vara något destruktivt, men den kan utvecklas till något destruktivt beroende på hur den hanteras. Studier har visat att det finns en brist på konflikthanteringsarenor och att konsekvenserna av detta är att det inte sker någon utveckling. En konflikthanteringsmodell kan i detta sammanhang vara klagörande genom att presentera olika kategorier för hur konflikter kan hanteras.

Förutom konflikter och hanteringen av dessa har tilliten mellan aktörerna visat sig vara en viktig aspekt av samverkan. Tillit tar tid att bygga upp och måste ständigt underhållas, men

för mycket tillit till andra kan samtidigt också innebära risker att förlora sitt eget omdöme. En annan viktig aspekt av samverkan är att de olika aktörerna har ett gemensamt mål. Om detta inte går att uppnå av någon enskild aktör ökar förutsättningen för samverkan. Samma sak gäller om det gemensamma målet har ett högt värde för aktörerna, till exempel om det gäller deras egen överlevnad. Det har visat sig att vid samverkan förekommer ofta flera olika mål samtidigt på olika nivåer, samt att målen kan vara i motsättning till varandra. Detta bidrar till samverkansprocessens dynamiska och konfliktfyllda karaktär.

Sammanfattningsvis kommer samverkansprocessen i denna studie att tolkas utifrån olika teoretiska utgångspunkter, men framför allt utifrån fältteorin. Som komplement till fältteorin kommer den studerade processen även att betraktas utifrån domänteorin, samt de beskrivna modellerna av interaktionsprocesser och konflikthantering. Dessa teorier och modeller bildar tillsammans den teoretiska referensramen för denna studie. Den nedanstående figuren illustrerar hur fältteorin utgör den huvudsakliga referensramen medan domänteorin och de olika modellerna ryms inom denna ram.



Figur 5: Den teoretiska referensramen och dess olika komponenter.

Förutom dessa centrala teorier och modeller kommer även övriga begrepp, teorier och modeller som beskrivits i detta kapitel att utnyttjas på olika sätt i tolkningen och analysen av den studerade samverkansprocessen. Dessa teoretiska utgångspunkter kommer att fungera som olika glasögon, genom vilka det är möjligt att identifiera olika aspekter av samverkansprocessen och de olika krafter som påverkar denna process.

KAPITEL IV

METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN

Vetenskapsfilosofiska utgångspunkter

Centralt för en studie är forskarens uppfattning om världen, det vill säga ontologin, samt hans/hennes uppfattning om hur kunskap kan nås, epistemologin. Ontologi och epistemologi är båda vetenskapsfilosofiska överväganden och de är, tillsammans med studiens syfte och frågeställningar, grundläggande för studiens val av metoder. Detta kan även benämnas för studiens metateori (Danermark, 2003). Den följande framställningen ger en presentation av studiens vetenskapsfilosofiska positionering.

Samverkansprocesser är som tidigare påpekats ett socialt och mellanmänniskt fenomen. Det är komplext på flera sätt och betraktarens ontologiska uppfattning är därför avgörande för hur fenomenet förstås. En utgångspunkt är att samverkansprocesser uppfattas, värderas och beskrivs olika beroende på om de betraktas ur ett konfliktteoretiskt eller ett konsensusteoretiskt perspektiv. I denna studie kommer samverkan att betraktas ur ett konfliktteoretiskt perspektiv.

En epistemologisk fråga för denna studie är hur kunskap kan nås om en samverkansprocess. Detta får övervägas med hänsyn till komplexiteten i fenomenet, framför allt den omständigheten att det finns en diskrepans mellan hur människor talar om sitt eget agerande och hur de faktiskt agerar i verkligheten. Argyris och Schön (1977) har beskrivit något liknande då de skiljer mellan teorier som människor säger att de ansluter sig till i sitt handlande ("espoused theory") och teorier som i realiteten styr deras handlande ("theory-in-use"). Forskarna hävdar att de handlande aktörerna inte alltid är medvetna om skillnaden mellan dessa teorier och att forskare därför inte kan få kunskap om de teorier som används genom att fråga aktörerna. För att nå kunskap om detta är det istället nödvändigt att observera vad som händer (Argyris & Schön, 1977).

Komplexiteten innebär att det finns skeenden i en samverkansprocess som inte är direkt observerbara. Ofta utspelar de sig på det sociala planet, vilket kan innebära att skeenden

handlar om att hålla ihop gruppen, att stöta ut individer eller att projicera. Ett annat exempel är fenomenet grupptänkande som innebär starka gruppkrafter som påverkar individers handlingar och uttalanden. Detta fenomen är inte direkt observerbart och gruppmedlemmarna är ofta inte heller medvetna om det. Det är därför viktigt att en studie som denna görs med ett erkännande av att det i samverkansprocessen kan finnas krafter som inte är direkt observerbara och som de deltagande individerna inte alltid är medvetna om.

En annan utgångspunkt är att varje individ förstår utifrån sin förståelsehorisont och genom ett dialektiskt möte mellan de olika förståelsehorisonterna kan en ny förståelse uppenbaras. För att få en ökad kunskap och förståelse av helheten, det vill säga samverkansprocessen, krävs det därför mer än enskilda individers beskrivningar. Strävan efter ett möte mellan en mångfald av förståelsehorisonter kräver någon form av systematik. Här kan domänteorin vara till stöd, då den hävdar att det finns olika kulturer i organisationer och att dessa kan delas upp i tre huvudsakliga domäner. Det blir därför viktigt att se till så att dessa domäner får sin röst hörd i studien.

Inom hermeneutiken talas om intersubjektivitet. Vid situationer då aktörer är överens om vad de ser behövs inte något tolkningsarbete, utan då råder intersubjektivitet omkring vad fenomenet innebär (Ödman, 2001). I andra fall, när den vardagliga uppfattningen om ett fenomen är skiftande och svårtydbar, då vi inte omedelbart kan förstå dess innebörd, är det lämpligt att tolka fenomenet. Tolkning innebär ett ”blottläggande av något hittills fördolt” (Alvesson & Skoldberg, 2008, sid.201). Detta är centralt för det hermeneutiska vetenskapssparadigmet. Hermeneutikens användningsområde var till en början att tolka bibeltexter. Efterhand utvecklades användningsområdet till andra skrivna texter och i nästa steg till det talande ordet. Så småningom utvecklades användningsområdet även till att tolka handlingar. Alvesson och Skoldberg (2008) beskriver att inom hermeneutiken tolkas inte data eller fakta utan text och denna kan vara bokstavlig eller bildlik i form av sociala handlingar.

Samverkan är ett abstrakt och samtidigt komplext fenomen, som kan vara sammansatt och påverkat av ett flertal faktorer som inte alltid är direkt synliga. Med antagandet att det kan finnas krafter som inte är direkt observerbara och som inte heller alltid är medvetna för de deltagande individerna kan en tolkning av det som beskrivs vara ett lämpligt angreppssätt. Denna studies empiriska material innehåller muntliga utsagor från deltagare i en samverkansprocess om deras uppfattningar och erfarenheter av denna process, samt

observationer av deras handlingar och det som skedde. Dessa utsagor och handlingar i samverkansprocessen är det som ska tolkas, det vill säga de motsvarar det som benämns som text inom hermeneutiken.

Ödman (2001) beskriver att tolkningsarbetet också har en tidsdimension. För att förstå och tolka en handling är det nödvändigt att även ha kunskap om tiden innan, det vill säga dess ursprungsvillkor, samt kunskap om vad de handlande aktörerna hoppades att handlingen skulle leda till, det vill säga det avsedda resultatet i framtiden. Om en handling skulle tolkas utan kunskap om ursprungsvillkoret hamnar man i vad Ödman kallar ”en ofruktbar idealistisk ståndpunkt” (Ödman, 2001, sid.47), vilket skulle innebära att betrakta mänskliga handlingar som om de inte vore påverkade av yttre orsaker. Om vi å andra sidan inte hade tagit hänsyn till framtiden, det vill säga vad aktörerna avsåg att handlingen skulle leda till, skulle vi betrakta människor som totalt styrda av yttre faktorer. Därför krävs inte bara kunskaper om fenomenet som ska tolkas utan även om ursprungsvillkoret för det samt vad de handlande aktörerna avser med sina handlingar.

Alvesson och Sköldborg (2008) skiljer mellan att söka efter en texts mening och en texts betydelse. Att förstå en texts *mening* innebär att söka förstå den handlade individens intention med sina handlingar, medan en texts *betydelse* riktar sig till omgivningen, det vill säga vilken betydelse handlingarna har för människor i nutiden. Palmer (1975) använde dessa båda inriktningar, mening och betydelse, i sina studier och menade att de kompletterar varandra, vilket även är en strävan i denna studie.

En central komponent i tolkningsarbetet är att pendla mellan helheten och delar. Helheten innebär en strävan att förstå samverkansprocessen som helhet. Samverkansprocessen består även av mindre delar och kan till exempel delas in i delprocesser eller i olika centrala aspekter såsom tillit och konflikthantering samt enskilda händelser. Med tanke på de krafter som kan existera i grupper och som påverkar individer är det av väsentligt att även vara observant på gruppkrafter som en del som kan påverka processen. Delarna i samverkansprocessen kan var för sig utgöra helheter, om de frågor som ska besvaras syftar till att förstå specifika aspekter i processen. Exempelvis kan tillit vara en del av samverkansprocessen, men tillit kan också vara en helhet om frågan handlar om just att förstå tillit. Enskilda personers utsagor om processen är utsnitt av processen och därmed begränsade i sin enskildhet till syftet att förstå

processen. Forskningens uppgift är att få fram lämpliga utsnitt av samverkansprocessen till en helhetsbild som dock aldrig kan bli helt komplett.

En central komponent i det vetenskapliga tolkningsarbetet är forskarens förförståelse. Det är denna förförståelse som gör det möjligt att förstå, vilket samtidigt innebär att utan förförståelse ingen förståelse (Ödman, 2001). Förförståelsen kan bestå av tidigare erfarenheter, kunskaper och teorier. Genom förförståelsen som är något välkänt är det möjligt att tolka och förstå andra komplexa och okända fenomen.

I det inledande kapitlet presenterade jag min personliga bakgrund som utgör min förförståelse inom samverkansområdet. Det finns en risk att förförståelsen kan göra forskare ”blinda”. En förförståelse kan vara fastlåst och man söker efter belegg som bekräftar denna verklighetsbild. Förförståelse behöver därför kombineras med öppenhet och deltagande för att minska risken, menar Ödman (2001). I denna studie har jag strävat efter öppenhet genom att utforska min förförståelse och dela med av den under hela forskningsprocessen. Jag har muntligen och skriftligen berättat vad jag tänker om och hur jag tolkar samverkansprocessen för deltagarna, samt även för doktorandkollegor och handledare. Jag har dessutom haft förmånen att ha en bihandledare som är van vid att ifrågasätta och synliggöra omedvetna processer. På så sätt har medvetenheten om min egen förförståelse ökat under forskningsprocessens gång.

Forskningsprocessen på fältet i denna studie har bland annat inneburit att arrangera mötesarenor, där olika verklighetsbilder kunnat mötas och utmana varandra, vilket på så vis har gjort det möjligt att utveckla och förändra deltagarnas såväl som min egen förståelsehorisont under processens gång. Denna forskningsprocess har bedrivits som ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt (PAR). Enligt Graver (1999) är detta en forskningsdesign som är lokaliserad inom den hermeneutiska traditionen.

Deltagarorienterad aktionsforskning

Redan på 1940-talet kritiserade Kurt Lewin forskning som bara producerade böcker. Som motreaktion blev han en av upphovsmännen till den forskningsinriktning som kallas för aktionsforskning (AR efter den engelska beteckningen Action Research). Lewins kritik av forskning som bara producerar böcker har följts upp av flera senare forskare som har varit kritiska till forskning som bara är till för sig själv, det vill säga för forskarvärlden (Greenwood

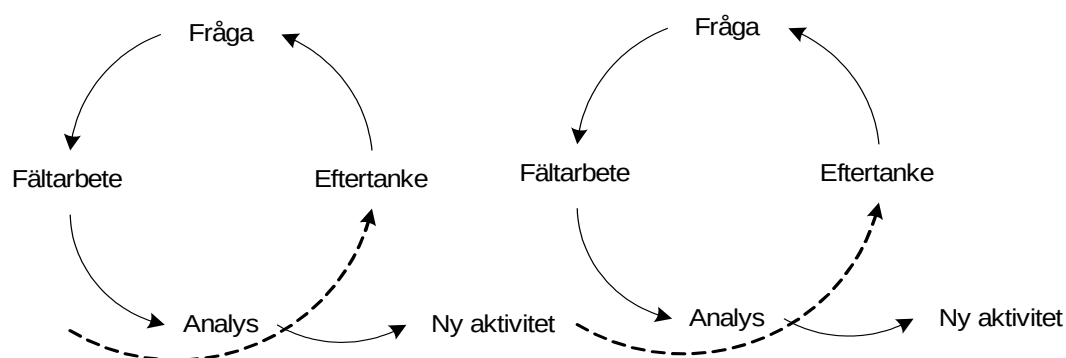
& Levin, 1998; Hummelvoll, 2003; Whyte, 1991a). Enligt Stringer och Genat (2004) finns det en ökad efterfrågan i samhället av en mer utvecklingsinriktad forskning. På samma sätt menar Hummelvoll (2003) att det finns en klyfta mellan teori och praktik som måste överbryggas om forskning och vetenskapliga teorier ska nå ut i samhället. Ett sätt för forskaren att närma sig verkligheten är att utforma en utvecklingsinriktad forskningsdesign som är anpassad till att möta behov i samhället och producera resultat som är betydelsefulla och användbara inte bara för forskningen utan även för samhället. ”Et samarbeid mellom forskare og praksis er nødvendig for at forskningsresultater skal bli ’brukbar teori’” (Hummelvoll, 2003, sid.13). Aktionsforskare framhåller värdet av att utveckla kunskap och teorier utifrån så kallade “real world problems” (Clark, 1976).

Aktionsforskning är en utvecklingsinriktad forskningsstrategi som tar sin utgångspunkt i problem som finns på fältet, det vill säga problem som finns i den praktiska verkligheten. Syftet med denna forskningsinriktning är att den ska bilda underlag till handlingar på fältet som kan leda till social förändring (Lewin, 1948). Två amerikanska forskare har definierat aktionsforskning på följande sätt:

”Action research is the application of scientific method of fact-finding and experimentation to practical problems requiring action solutions and involving the collaboration and cooperation of scientists, practitioners, and laypersons” (French & Bell, 1999, s.131).

Den forskningsinriktning som Lewin skapade har varit utgångspunkten för olika utvecklingsinriktade forskningsstrategier. Smith (1996, 2001, 2007) har utvecklat en aktionsforskningsdesign som kan liknas vid en spiral i flera steg. Det första steget innebär att formulera ett syfte eller en forskningsfråga som är aktuell på fältet. Det andra steget handlar om att samla in eller generera material. Vid det tredje steget planeras förändringar ute på fältet. Det fjärde steget innebär sedan att med forskningen som underlag genomföra en förändring. Därefter ska utfallet av aktionen utvärderas, vilket utgör det femte steget. Vid det sjätte steget använder man sina erfarenheter av aktionen och utvärderingen till att anpassa eller förändra den tidigare planen om det är nödvändigt. Det sista steget, steg sju, innebär att en ny aktion sätts i verket där de tidigare erfarenheterna tjänar som grund för aktionen.

Vanligtvis brukar de utvecklingsinriktade forskningsstrategierna illustreras som en cyklisk forskningsprocess. Enligt Springett och hennes kollegor (2006) formuleras forskningsfrågorna utifrån verkliga problem ute på fältet. Det empiriska materialet till forskningen genereras sedan på fältet utifrån deltagarnas erfarenheter. En strävan är att konstruera ny kunskap som kan tjäna som underlag för aktioner på fältet som ska leda till förändring. En illustration av denna cykliska aktionsforskningsprocess är återgiven i följande figur.



Figur 6: Aktionsforskningscykel (efter Springett, Lindskov, Petersson, Olsson & Johansson, 2006)

De utvecklingsinriktade aktionsforskningsstrategierna har oftast inga klara riktlinjer om vilka metoder som ska användas för att samla in, bearbeta och analysera empiriska data. Däremot betonas ofta vissa värdegrunder för forskningen såsom delaktighet, demokrati och jämlikhet.

Aktionsforskning har från början främst använts av forskare inom samhälls- och utbildningsvetenskaper, men denna inriktning betraktas som central även för organisationsutveckling (Burke, 1982). I dag bedrivs aktionsforskning inom många olika områden, till exempel inom hälso- och sjukvården. Förespråkarna för aktionsforskning inom detta område menar att denna forskningsstrategi kan skapa möjlighet att belysa och utmana hur vården fungerar och ge förslag på framtida möjligheter till konkreta aktioner för att förbättra den dagliga verksamheten. Stringer och Genat (2004) ger flera exempel från hälso- och sjukvården, där forskningens syfte och mål har utgått ifrån verkliga problem som olika aktörer ute på fältet brottas med. De beskriver hur aktionsforskningen har använts i olika sammanhang för att öka effektiviteten i vårdarbetet. Aktionsforskning har även använts inom

den svenska hälso- och sjukvården, till exempel av Ekman Philips, Ahlberg och & Huzzard (2003). Deras forskning handlade om att utveckla vårdprocesser i Skaraborg.

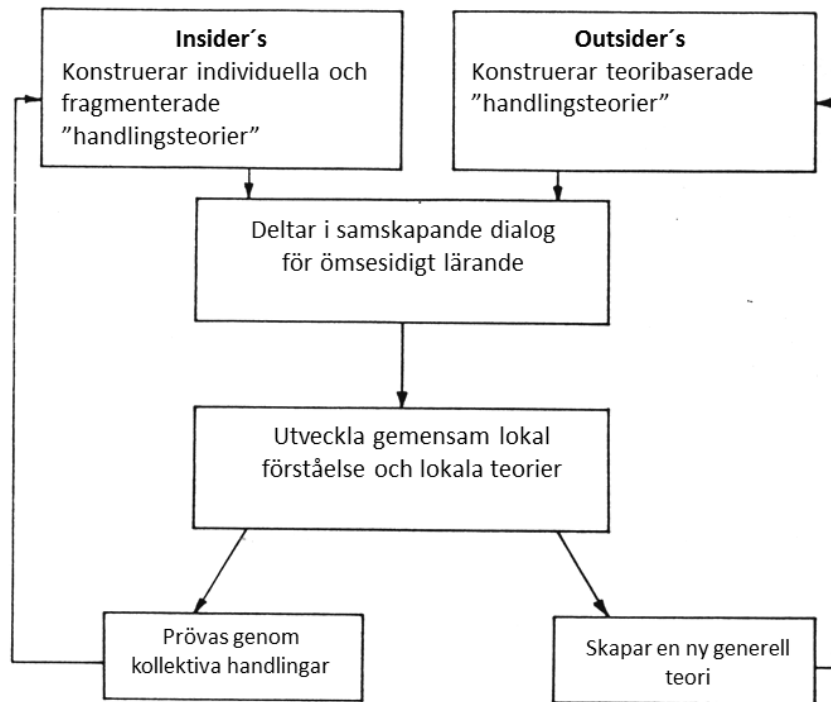
Inom folkhälsovetenskapen finns en ambition om att dess forskningsresultat ska nå ut till samhället och påverka samhällsutvecklingen, till exempel att utjämna ojämnligheter mellan människor (Pellmer & Wramner, 2002), vilket talar för att välja en utvecklingsinriktad design. Berglund, Andersson, Kihlsten, Tengland och Wemme (2011) valde att använda en deltagarbaserad aktionsforskningsansats i sin folkhälsovetenskapliga studie av ungdomars hälsa. Forskarna förespråkade denna design för att de på så sätt kunde nå en professionsöverskridande samverkan mellan forskare och beslutsfattare, samt för att de kunde nå ett nära samarbete även med ungdomarna själva. Deras förhoppning var att forskningen i längden skulle kunna bidra till ett mer jämlikt inflytande över resurser i samhället (Berglund, 2011).

Deltagarorienterad aktionsforskning (PAR) är en senare variant av utvecklingsinriktad aktionsforskning, som har vuxit fram utifrån en kritik mot aktionsforskningen att den är en elitistisk ”top-down” forskningsstrategi. Whyte (1991b) menade att det vedertagna antagandet inom forskningen är att den att forskaren ska ha full kontroll över forskningens design, konklusioner och rekommendationer. PAR utmanar denna standardmodell och förespråkar en annan maktfördelning, som ofta går under beteckningen empowerment.

Förespråkarna för PAR hävdar att det är en fråga om makt och inflytande om forskningen är om eller med människor. De hävdar att om forskning bedrivs med människor kan den syfta till att utveckla alla som är involverade istället för att bedrivas enbart eller huvudsakligen för att forskaren vill göra akademisk karriär (Heron, 1996). Aktionsforskning har visserligen som utgångspunkt att forskningen ska bedrivas ute på verksamhetsfältet och utifrån problem som finns där, men inkluderar inte alltid aktörerna på fältet i själva forskningen. Förespråkarna för PAR hävdar att aktionsforskaren enbart betonar aktionen, samt sveper in i fält och verksamheter och anser sig kunna lösa praktikens problem som en specialist (Whyte, 1991b). Grundtankarna i PAR innebär istället att deltagarna från fältet ska vara fullvärdiga medlemmar i forskningen och att de ska kunna påverka forskningen fullt ut under hela forskningsprocessen (Elden & Chisholm, 1993; Whyte, 1991a). PAR betonar således deltagarnas delaktighet i forskningen, men även deras självständiga utveckling när forskningen är avslutad och forskaren har lämnat verksamhetsfältet (Bray, 2000).

Reason (1994) är en förgrundsgestalt inom deltagarorienterad aktionsforskning. Han förklarar att det finns två inriktningar inom denna forskningsstrategi, den traditionella demokratiska och den liberala. I den traditionella inriktningen är ambitionen med PAR att reformera institutioner i strävan att göra dem mer demokratiska. Den liberala inriktningen syftar mer till frigörelse och förespråkar att kunskapsproduktion är en politisk handling. Båda inriktningarna syftar till förändringar med mer eller mindre uttalade politiska syften.

Elden och Levin (1991) har utvecklat en Skandinavisk modell för deltagarorienterad aktionsforskning. De menar att i PAR är forskningen alltid kontextbunden. Tillsammans med aktörerna på fältet, som inte betraktas som datakällor utan som medforskare ("co-learners"), skapas kunskap, teorier och modeller som kan ge mening i det sammanhang de skapas. Centralt för denna modell är den gemensamma dialogen mellan "insiders" som är deltagarna på verksamhetsfältet, det vill säga aktörer inom den organisation som PAR-projektet utgår ifrån, och "outsiders" som är forskarna. "Insiders" och "outsiders" har olika kunskaper och perspektiv, men tillsammans kan de utveckla ett tredje perspektiv. Detta kan ske genom en samskapande dialog, som innebär att de tillsammans genererar kunskap och förståelse och på så sätt påverkar varandras förståelseperspektiv, vilket samtidigt även innebär en personlig utveckling för deltagarna. Denna dialog ska inte förväxlas med informationsutbyte. För att kunna påverka varandras förståelseperspektiv krävs en helt annan form av dialog. Det är detta som går under beteckningen "empowering participation" (Elden & Levin, 1991, sid.133). Det innebär att "insiders" och "outsiders" tillsammans utvecklar en lokal förståelse och lokala teorier. Dessa teorier bildar sedan underlag för de handlingar eller aktioner som de olika aktörerna genomför ute på fältet. En illustration av denna aktionsforskningsmodell är återgiven i den följande figuren.



Figur 7: Den Skandinaviska modellen för deltagarorienterad aktionsforskning (efter Elden & Levin, 1991, sid.130)

Även Elden och Levins (1991) modell illustreras alltså som cirkulära processer. Resultatet från aktionerna kan i en cirkulär process utveckla deltagarnas lokala teorier som insiders. Författarna undviker att kalla deltagarna för medforskare utan använder istället begreppet "co-learners". På grund av de krav på vetenskaplighet och en särskild utbildning som ställs på forskaren har denne en särställning och är ensam i sin roll som outsider i PAR. Forskaren kan emellertid utgå ifrån de gemensamma erfarenheterna i sin fortsatta utveckling av mer generella och vetenskapliga teorier (Elden & Levin, 1991).

Inom denna utvecklingsinriktade forskningsdesign kan gränsdragningen mellan forskning och utvecklingsarbete uppfattas som svävande. Dessa aktiviteter kan dock särskiljas genom att utvecklingsarbetet handlar om att inter文enera på fältet med stöd av känd kunskap medan forskningen är inriktad på att söka ny kunskap.

Deltagarorienterad aktionsforskning i Hässleholm

Eftersom en samverkansprocess är ett komplext fenomen är det viktigt att välja en forskningsdesign som kan fånga så många olika aspekter av detta fenomen som möjligt. Genom en deltagarorienterad aktionsforskning har det varit möjligt att studera samverkansprocessen utifrån flera olika dimensioner. Förutom deltagarnas berättelser om sina erfarenheter och uppfattningar så har det även varit möjligt att följa processen under den tid som den utspelade sig. Det innebär att jag förutom att intervjua personer som varit delaktiga i processen även har varit delaktig i processen. Dels har jag upplevt den själv och dels har jag kunnat observera och samtidigt ha en dialog om processen med de deltagande aktörerna.

Detta innebär att jag som forskare har varit delaktig i det utvecklingsprojekt som bedrivits på verksamhetsfältet. Jag har följt utvecklingen av samverkansprocessen, fört dialog om forskningsprocessen och genererat kunskap om processen tillsammans med deltagarna, samt kontinuerligt återfört preliminära forskningsresultat som har analyserats tillsammans med involverade deltagare. Resultaten har använts som underlag för projektets fortsatta utveckling. Aktörerna på fältet har samtidigt varit delaktiga i forskningen. Det var inte bestämt från början hur samverkan mellan mig och aktörerna på fältet skulle ske, utan det blev en fråga som diskuterades mycket under projektets gång.

Från politiskt håll fanns det ett påbud om att aktörer på olika nivåer skulle vara delaktiga i utvecklingen av närsjukvård och samverkan. Min egen ambition gick i linje med den politiska, det vill säga att aktörerna på fältet skulle vara delaktiga i utvecklingsprocessen och även i forskningen. Det innebar en deltagarorienterad aktionsforskningsdesign. Samtidigt var det orealistiskt att se aktörerna på fältet som *fullvärdiga* deltagare i forskningen, eftersom denna skulle leva upp till vissa vetenskapliga krav. Frågan om aktörernas delaktighet i forskningen handlade även om deras möjligheter att avsätta tid och resurser för detta, vilket flera av dem påtalade för mig. Att vara en fullvärdig deltagare i forskningen, i betydelsen att kunna påverka forskningen fullt ut på lika villkor, förutsatte dessutom att de hade någon form av forskarutbildning eller kunskap om forskningens villkor.

En utgångspunkt i detta sammanhang var också att forskningen skulle utmynna i en doktorsavhandling. Här framträdde ett dilemma beträffande vem som forskningen egentligen skulle vara till för. Forskningsprojektet hade som övergripande syfte att utveckla kunskap om

samverkan, men samtidigt också ett syfte att kunna utgöra ett stöd för utvecklingsprocessen på fältet. Tanken var att det skulle ske ett befruktande möte mellan dessa två syften. Dessutom skulle forskningen utmynna i en doktorsavhandling. Vilket syfte som var viktigast fanns det säkerligen olika uppfattningar bland intressenterna. Det är dock i detta sammanhang viktigt att påpeka att forskningen granskas av både vetenskapssamhället och allmänheten. Forskningen har också varit till stöd åt det lokala projektets vägval. Dessa förutsättningar borde kunna ge legitimitet åt kunskapsutvecklingen på fältet.

Utifrån dessa överväganden föreföll den Skandinaviska PAR-modell som Elden och Levin (1991) utvecklat mest lämplig för denna studie. I denna modell är aktörerna på fältet involverade i forskningen, men samtidigt erkänns forskarens särställning med de särskilda krav som han eller hon har. Genom aktörernas deltagande i forskningen var en av förhoppningarna att forskningens resultat skulle nå ut till verksamhetsfältet, samt att aktörernas engagemang skulle berika forskningen och göra den mer mångfacetterad. Uttryckt i modellens termer skulle dialogen mellan "insiders" och "outsiders", det vill säga aktörerna på fältet och mig som forskare, kunna utmynna i ett tredje perspektiv. Strävan var med andra ord att uppnå en så kallad synergieffekt i betydelsen att ett plus ett är mer än två.

Dilemmat beträffande hur aktörerna skulle vara delaktiga i forskningen hanterade jag genom att inta en ledarroll i detta sammanhang. Min tanke var att det krävdes en ledare för att kunna hantera forskningsprocessen och för att kunna leva upp till värdegrunderna i PAR och de som fanns politiskt för utvecklingen av närsjukvård. Mitt ledarskap för forskningen innebar att jag frågade deltagarna om deras intressen och försökte ta hänsyn till dessa. Jag försökte även få fram kunskap om processen utifrån olika perspektiv och ställa frågor under processens gång som skulle leda till ökad förståelse. Detta hanterade jag genom att vara frågvis, visa på motsägelser som uppträdde, samt ställa frågor för klargöranden. Jag var hela tiden uppmärksam på den maktbalans som fanns och ställde öppna frågor om denna. Exempelvis lyftes de professionellas uppfattningar om och erfarenheter av närsjukvård respektive samverkan fram genom forskningen. Samtidigt försökte jag också synliggöra och utforska olika konflikter som uppstod.

Generellt var min strategi att genom ett öppet och nyfiket förhållningssätt skulle en kontinuerlig dialog med aktörerna på fältet om forskningen hållas vid liv och på så sätt skulle delaktighet kunna uppnås. Frågor kring formulering av forskningsfrågor, urval, metoder och

preliminära tolkningar av materialet gjordes tillsammans med aktörerna på fältet. Förhoppningen var att genom att från början formulera forskningsfrågorna tillsammans med flera av dem skulle det också från början finnas ett naturligt intresse och engagemang från fältet i forskningsprocessen. Delaktigheten var tidsbegränsad genom att aktörerna var delaktiga bara under den tid som forskningsprojektet pågick ute på verksamhetsfältet, det vill säga under fyra år. Under de följande åren arbetade jag med fortsatt analys och rapportskrivande utan att involvera deltagarna från fältet. Detta var nödvändigt för att få den distans som krävdes för dessa uppgifter. Även detta var i linje med den Skandinaviska PAR-modellen, som föreskriver att efter samverkan med fältet går forskaren ensam vidare med att utveckla mer generella och vetenskapliga teorier (Elden & Levin, 1991).

Centrala element i deltagarorienterad aktionsforskning

Det är inte möjligt att presentera denna studies design som en cyklisk process med olika steg som följer en viss ordning, såsom PAR ofta har presenterats. Denna forskningsprocess följde inte några steg i en viss ordning, utan stegen kunde komma i olika ordning samt pågå samtidigt parallellt. Som forskare undvek jag att styra forskningsprocessen att följa bestämda steg, utan försökte istället vara öppen för vad situationen krävde samt för att låta aktörerna på fältet kunna påverka i forskningsprocessen. Exempelvis genererades det empiriska materialet under hela den tid som jag på något sätt var i kontakt med aktörerna på fältet.

I den följande framställningen presenteras de centrala elementen i PAR-modellen och hur de har utnyttjats i denna studie. Trots att de olika elementen inte har förekommit i någon bestämd ordningsföljd har de varit mer eller mindre centrala i forskningsprocessens olika faser.

Träda in i fältet

En viktig utgångspunkt för mig som forskare var att skaffa en inträdesbiljett till olika arenor på fältet. Det fanns en strävan från mig att det skulle ske utvecklande dialoger mellan insiders och outsiders. För att nå dit behövde jag bli accepterad som värdig dialogpartner, det vill säga få aktörernas förtroende, vilket kan liknas vid en inträdesbiljett. Detta var mest krävande i början av forskningsprocessen, men kunde även dyka upp senare i processen. Trots att arbetsledare från början hade gett klartecken för mig att träda in i organisationen innebar det

inte att personalen var beredd att släppa in mig och ha förtroendefulla dialoger med mig. Nya intressegrupper involverades också efterhand, vilket krävde nya inträdesbiljetter.

För att få en inträdesbiljett satte jag mig in i utvecklingsprojektet, försökte få kunskap om vilka sociala regler och normer som gällde, samt skapade relationer med olika aktörer. Detta gjordes till exempel genom att intervjua aktörer och kartlägga projektet. Det som av mig upplevdes som mest betydelsefullt för att få inträdesbiljetten var då jag återförde sammanställningen av den kartläggning jag hade gjort av fältets utvecklingsprojekt. Min upplevelse var att aktörerna på fältet uppfattade och gjorde en bedömning av mig att jag var kapabel.

Förhandla

Ett centralt element var att förhandla. Förhandlingarna kunde handla om på vilket sätt jag skulle vara delaktig i den utvecklingsprocess som bedrevs på verksamhetsfältet och vilken roll jag skulle ha. Exempelvis kunde jag vara en kritisk vän, en expert, eller endast en observatör och processtödjare. Förhandlingarna handlade även om att tillsammans med aktörerna på fältet komma överens om forskningens uppläggning, till exempel vilka forskningsfrågor som vi skulle arbeta med, vilka metoder som skulle användas och vilket urval som skulle göras. Dessutom fördes en dialog om olika tolkningar av samverkansprocessen.

Identifiera frågor

Att identifiera vilka frågor som var aktuella för aktörerna på fältet var ett centralt element i forskningsprocessen. Det handlade om att jag som forskare behövde vara lyhörd för vad som var centralt i utvecklingsprojektet, samt för vilka dilemman och utmaningar aktörerna mötte i det. Eftersom det fanns en strävan att förstå samverkansprocessen utifrån olika perspektiv handlade det även om att ha en dialog med representanter från olika intressentgrupper och från de olika domänerna inom de berörda organisationerna. Utifrån detta försökte jag sedan att formulera relevanta forskningsfrågor. Under processens gång förändrades sedan forskningsfrågorna och blev mer avgränsade och tydliga.

Som kuriosas kan nämnas att min initiala idé om vad forskningen skulle handla om var om hur gruppverksamhet kan utveckla patienter eller personal. Vid mitt första möte med

projektledningen framkom att deras intresse var hur personalen bemöter patienter. Efter påläsning om vad närsjukvård handlar om, samt samtal med flera aktörer från olika organisationer och domäner, blev det uppenbart för mig att närsjukvård framförallt handlade om att utveckla samverkan. Det tog närmare ett år innan syftet blev formulerat till att handla om samverkan. Forskningsfrågorna utvecklades efterhand under forskningsprocessens gång.

Planera hur frågorna ska besvaras

Tillsammans med de deltagande aktörerna diskuterades hur frågorna skulle besvaras. Det handlade till exempel om urvalsfrågor, att deltagarna hade önskemål om att lyfta fram vissa röster i utvecklingsprocessen. Det handlade även om att tillsammans komma fram till på vilket sätt det empiriska materialet skulle genereras i olika sammanhang. Exempelvis hade jag inledningsvis föreställningar om att skapa specifika forskningsgrupper med aktörer från både de administrativa och professionella domänerna. De professionella hade dock inte tid för detta, vilket innebar att jag istället var med vid deras ordinarie rutiner som vid möten, ronder och dagligt arbete på avdelningen. Det innebar att jag hade dialog med dem under tiden som de arbetade, eller alternativt att de gick ifrån arbetet en stund för en dialog med mig när det lämpade sig bäst. En forskningsgrupp kom dock senare till stånd.

Generera material

Det empiriska forskningsmaterialet genererades kontinuerligt under hela processens gång. Så gott som alla möten, telefonsamtal, dialoger, återföringssituationer och planeringsmöten som jag blev involverad i genererade empiriskt material om samverkansprocessen. Genomgående användes deltagande observation med dialog som metod då jag själv var deltagare i verksamhetsfältets utvecklingsprojekt. Andra metoder användes som komplement. Dessa metoder kommer att beskrivas i mer detalj längre fram.

Återföring av material

Under hela forskningsprocessen på fältet skedde kontinuerliga återföringar av empiriskt material i form av preliminära forskningsresultat till involverade aktörer på fältet. Samtidigt förekom också en dialog om hur dessa resultat skulle kunna förstås och hur de skulle kunna användas på verksamhetsfältet. Återföringssituationerna fungerade därmed som interventioner

på fältet. Genom att lyfta fram olika röster och genom att göra olika sammanställningar som återfördes till aktörerna påverkades samverkansprocessen.

Dialog, reflektion och tolkning

Forskningsprocessen på fältet innehöll återkommande dialoger och reflektioner om samverkan och samverkansprocessen mellan aktörerna på verksamhetsfältet och mellan dessa och mig som forskare. En återkommande fråga vid dessa dialoger och reflektioner var hur det var möjligt att förstå det som skedde. Även teoretiska modeller diskuterades och kopplades samman med skeenden. Jag presenterade i dessa sammanhang både domänteorin och konflikthanteringsmodellen. Flera av aktörerna visade intresse och kunde med stöd av dessa modeller utveckla sin förståelse av samverkansprocessen. I dialogerna föddes även nya teoretiska tankegångar eller metaforer som kunde beskriva samverkansprocessen, till exempel att vissa grupper fungerade som isolerade öar. Även de modeller av samverkansprocessen som blev ett resultat av denna studie utvecklades initialt tillsammans med aktörerna på fältet och diskuterades med dessa.

Planering av interventioner

En utgångspunkt för forskningsprocessen, som jag blev mer och mer medveten om under projektets gång, var att utvecklingsprocessen på verksamhetsfältet skulle ägas av aktörerna där. Det innebar att alla beslut om vilka interventioner som skulle genomföras och hur skulle fattas av ”insiders”. I fältets utvecklingsprojekt innebar min roll som forskare att vara en dialogpart, till exempel en kritisk vän. Jag kunde vara frågvis, visa på motsägelser som uppträdde, peka på konflikter och maktobalanser och ställa frågor om klargöranden. Vidare kunde jag bistå med kunskaper om sociala processer samt stödja den process som pågick. Däremot kom jag fram till att jag skulle avstå från att fatta beslut om mer övergripande interventioner som skulle göras på fältet, eftersom jag var en ”outsider”. Jag hade verken beslutanderätt eller det direkta formella ansvaret för vad som skedde på fältet. Här fanns dock en gråzon, där jag som forskare hade ansvar för interventioner som skedde i forskningens namn, till exempel genom återföring av empiriskt material.

Det var två situationer där jag blev mer och mer medveten om min roll. Den första situationen handlade om att jag och en utvecklingsansvarig från sjukhuset hade fått i uppdrag av CUU-

projektets styrgrupp att utveckla interventioner som stöd för samverkansprocessen. Min ambition var att rekrytera fler deltagare till vår tvåmansgrupp, för att få en större delaktighet och för att andra intressegrupper skulle kunna påverka utvecklingen. Gruppen utökades på så sätt med två personer från kommunen och en från primärvården. I frågan om att främja delaktighet kunde jag således påverka. När vi blev fler i gruppen blev det snart ganska tydligt att jag hade en outsiderroll och inte kunde besluta om vilka interventioner som skulle göras. Min roll var inte att besluta om vilka insatser och aktiviteter som skulle genomföras. Däremot kunde jag eventuellt påverka genom att lägga mig i planeringen.

Den andra situationen handlade om att jag fick en idé att arrangera ett större återföringsseminarium, med både chefer och personal från de båda organisationerna, kring preliminära forskningsresultat. Jag frågade ansvariga chefer och fick det sanktionerat, men en tid innan det skulle ske avstyrde jag seminariet. Jag insåg att jag inte borde initiera processer, eftersom jag inte hade något uppdrag eller ansvar för den fortsatta utvecklingen efter interventionen. Det var inte aktörerna på fältet som hade frågat mig om detta seminarium och de hade troligen inte heller någon beredskap att arbeta med de processer som skulle kunna sättas igång. Jag avstyrde därför mina planer för seminariet, eftersom min ståndpunkt var att aktörerna på fältet skulle äga de processer som skedde där. I praktiken innebar detta att jag inte skulle ta för många egna initiativ utan vara följsam gentemot det som skedde.

Genomförande av interventioner

Att genomföra interventioner, innebär att införa något nytt ute på verksamhetsfältet. Interventionerna skulle kunna leda till att aktörerna i processen utvecklade nya sätt att handla eller förhålla sig. Exempelvis genomfördes flera interventioner som syftade till att personalen skulle bli mer involverad i utvecklingen av samverkan och närsjukvård. Interventionerna planerades och leddes av en grupp chefer och av mig. De innebar att arrangera gemensamma mötesarenor för främst professionella medarbetare, men även för arbetsledare, både från kommunen och från regionen. Deltagarna hade dialog om den fortsatta utvecklingsprocessen. Strävan var att skapa möjlighet till ”bottom-up” processer där deltagarna fick möjlighet att påverka processen.

Metoder för att generera material

Creswell och Clark (2011) förespråkar att kombinera olika metoder ("mixed methods") i en och samma studie. De visar på flera exempel där detta har gjorts med framgång. I denna studie har också olika metoder använts och kombinerats. De huvudsakliga metoderna för att generera empiriskt forskningsmaterial till denna studie har varit deltagande observationer med dialoger eller intervjuer. Dessutom har kompletterande intervjuer gjorts, samt en granskning av olika dokument. Material har också genererats med inspiration från en särskild metod som används inom PAR och som går under beteckningen "Collaborative Inquiry", på svenska även kallad forskningscirkel. Detta är en släkting till PAR, men inbegriper även en utvecklad metod för att generera material.

Deltagande observation

Det är flera forskare som hävdar att för att kunna studera sociala organisationer eller organisering bör forskaren själv vara delaktig i de processer som pågår (t.ex. Whyte, 1993). Detta gäller även för studier av samverkan. Enligt Huxham (2003), som har gjort flera studier av samverkan, skapar aktionsforskning möjligheter för forskaren att vara delaktig i de processer som ska studeras. Hon hävdar att det ofta är att föredra att studera fenomenet samverkan i sin naturliga miljö framför metoder som intervjuer eller enkäter (Huxham, 2003).

Whyte (1993) utvecklade en metod för deltagande observation genom studier av italienska ungdomsgäng i Boston. Gängmedlemmarna var fullt medvetna om att Whyte var forskare och vad som var hans syfte. Han försökte i sin strävan som forskare att bli en i gänget, en fullvärdig medlem i gängets vardagliga naturliga miljö. Hans strategi för detta ändamål var att vara trevlig och att vara så som han trodde gängmedlemmarna förväntade sig att han skulle vara, samt att inte påverka så mycket. På så sätt hoppades han få tillgång till ett närgånget material som normalt sett skulle hållas dolt för en utomstående. Det visade sig emellertid att hans närvaro förändrade gängets struktur så pass mycket att hans empiriska material inte kom att handla om ett typiskt gatugäng utan ett gatugäng med en forskare (Whyte, 1993).

Den föreliggande studien är, liksom Whyte's studie, förmodligen inte ett typiskt fall av en samverkansprocess utan en samverkansprocess med en aktionsforskare. Trots att det kanske inte blev en typisk samverkansprocess så vägde fördelarna med deltagande observation över.

Genom att själv delta i processen kunde empiriskt material genereras på ett sätt som inte hade varit möjligt på annat sätt. Deltagande observation gör det möjligt att observera fenomenet då det utspelar sig och att jag som forskare också får egna upplevelser och erfarenheter. Jag följde samverkansprocessen och material genererades under tiden. Jag fick ta del av de naturliga samtalen och händelserna och kunde ställa frågor efterhand.

Observationer kan göras med flera olika förhållningssätt och vara mer eller mindre strukturerade utifrån olika aspekter som valts ut i förväg. Vid ostrukturerade observationer är det inte på förhand bestämt vad forskaren ska fokusera på. Det finns dock olika synpunkter på detta förfaringssätt. Vissa hävdar att ostrukturerade observationer minskar risken för att forskarens förutfattade meningar ska påverka studien. Ostrukturerade observationer kan användas i de fall forskaren vill upptäcka något nytt eller nya aspekter av det som observeras. Det finns andra forskare som hävdar det motsatta förhållande, det vill säga att forskaren har för stort inflytande på vad som observeras vid ostrukturerade observationer (Forsyth, 1999).

Utgångspunkten i denna studie var att forskaren aldrig är helt objektiv och inte heller kan genomföra något utan att påverka, utan har en förförståelse som påverkar hans eller hennes perception. I denna studie valdes ostrukturerade observationer i ett försök att vara öppen inför eventuellt nya aspekter eller mönster som skulle kunna visa sig i samverkansprocessen, samtidigt som förförståelsen påverkade filtreringen av observationerna. De sociala aspekterna var i fokus. Det finns risk för att strukturerade observationer skulle ha minskat möjligheterna att upptäcka nytt och troligen även påverkat processen på så sätt att även deltagarna i processen skulle fokusera på de i förväg utvalda aspekterna.

Forskare som använder deltagande observation kan välja mellan att fokusera mer antingen på att observera eller på att delta i den studerade processen (Burgess, 1991). Graden av deltagande kan variera, från att bara observera till att vara en av deltagarna i processen. Mitt deltagande varierade från situation till situation. Som forskare var det dock svårt att vara en fullvärdig och jämlik deltagare vid sidan av de andra aktörerna, eftersom jag inte var anställd inom någon av de verksamheter som studerades.

Med fokus på deltagandet krävs att observationerna kombineras med annan metod som dialog. Wilhelmsson och Döös (2005) har i sin bok om dialogkompetens i arbetslivet beskrivit centrala komponenter för en kvalitativ dialog. De hävdar att det är viktigt för en kompetent

dialog att kunna ha både närhet och distans till andra såväl som till sig själv. Närhet innebär att kunna lyssna och gå nära de som talar och att även vara nära sina egna tankar, medan distans innebär att våga ifrågasätta både det sagda och de egna tankarna (Wilhelmson & Döös, 2005). Min egen bakgrund som yrkesverksam socionom och magister i socialt behandlingsarbete har inneburit en träning i att stimulera till kompetenta kvalitativa dialoger.

I vissa situationer var dialogerna mer som intervjuer. Pedersen (2007) har jämfört olika former av forskningsintervjuer och förespråkar en aktiv konfronterande intervjuteknik, där forskaren tillsammans med de intervjuade skapar mening kring det studerade fenomenet. Hon menar att, om inte forskaren är aktiv är risken att intervjun blir planlös och att den intervjuade talar om saker som inte är intressanta för studien. Det finns enligt hennes uppfattning vissa centrala aspekter för den aktiva konfronterande intervjutekniken. Hon betonar betydelsen av tillit, gemenskap och reflektiv förmåga. Den konfronterande intervjutekniken liknar en konversation, där gemensamma tolkningar görs (Pedersen, 2007)

Intervjuerna som gjordes var tematiserade och strategin var att ställa följdfrågor beroende på vilka svar som kom från de intervjuade. Intervjuerna utformades som ett samspel, där den intervjuade och intervjuaren utbytte kunskap. Vid vissa tillfällen där jag upplevde motsägelsefulla utsagor eller tvetydigheter kunde jag även ställa konfronterande frågor. Intervjusituationerna varade från tio minuter upp till cirka en timme per intervju.

I denna studie innebar forskarrollen mestadels att vara en deltagande observatör som deltog i det naturliga samspelet och i de dialoger som förekom naturligt på fältet. Vid de olika mötena framkom utsagor och berättelser om erfarenheter av samverkan på ett naturligt sätt. Dialogen innehöll även konfrontationer där olika bilder av fenomenet möttes. Jag ställde ofta frågor om skeenden och uttalanden i samverkansprocessen för att nå en ökad förståelse av denna. Ofta ställde jag följdfrågor, klagörande frågor, frågor om tvetydigheter, men också konfronterande frågor. Exempelvis påstod jag i styrgruppen att representanterna från regionen ofta talade om att det var problematiskt med att kommunrepresentanterna inte kom till mötena, men att de själva som var närvarande i gruppen inte reflekterade så mycket över varför det var så och inte heller hur de skulle kunna hantera detta på annat sätt än tidigare.

Forskningscirkel

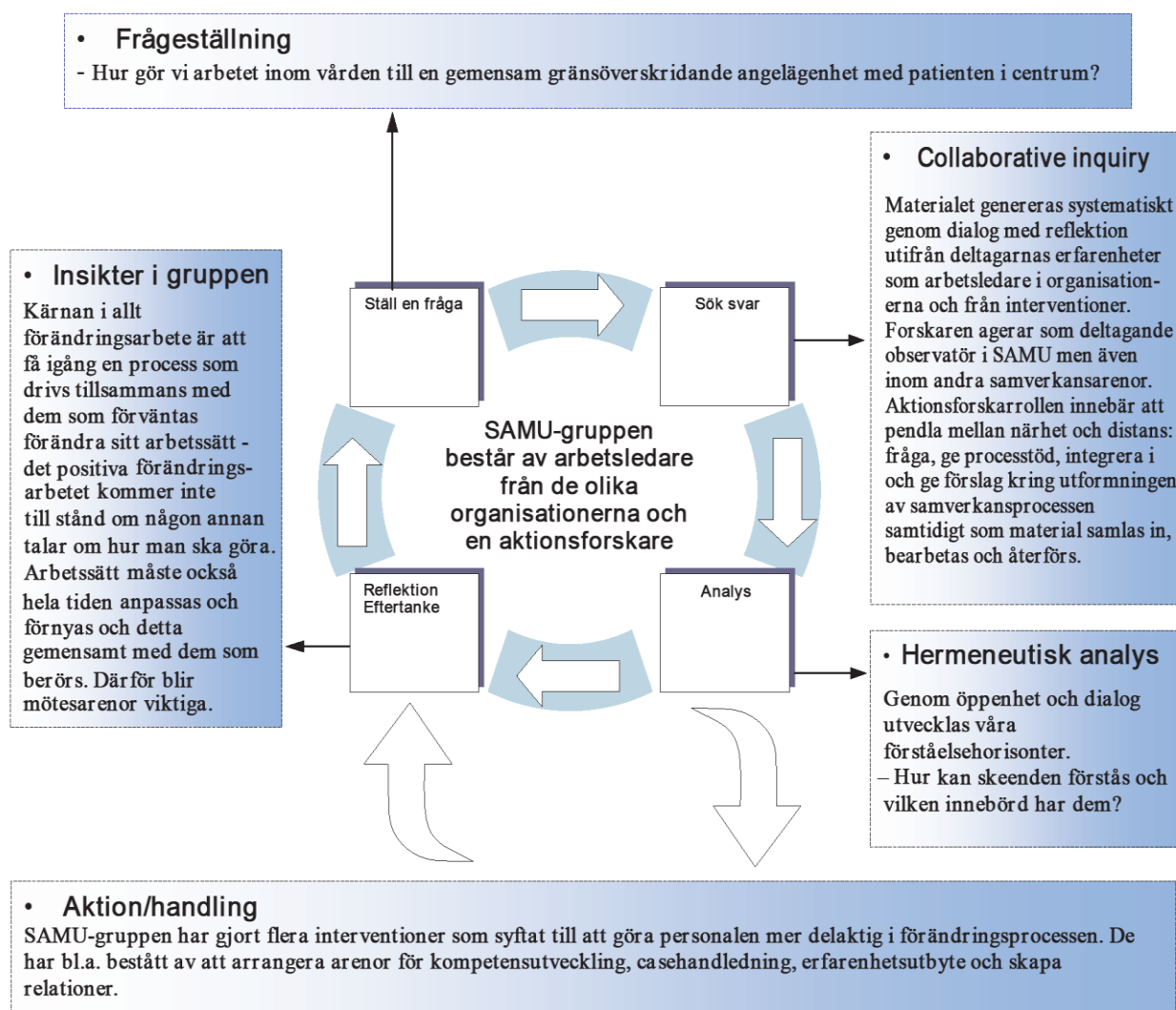
Forskningscirkel är den svenska beteckningen på vad som internationellt kallas för ”Collaborative Inquiry”. Som tidigare nämnts är detta en släkting till PAR, men inbegriper även metoder för att generera empiriskt material. Förespråkarna hävdar också att de båda strategierna med fördel kan användas parallellt i en och samma studie (Bray, 2000). Liksom PAR har även forskningscirkeln utvecklats ur en kritik mot att betrakta människor som forskningsobjekt och om bristande delaktighet hos dem som det forskas om eller på. En forskningscirkel bygger således på samma värdegrunder som PAR, det vill säga delaktighet och demokrati i forskningsprocessen. Skillnaden är att en forskningscirkel anger en metod för hur det empiriska materialet ska genereras. Vid PAR inbegrips ingen metod för att generera material. Bray (2000) menar att de olika inriktningarna skiljer sig i antaganden om hur kunskap utvecklas, vilket påverkar valet av metod.

Forskningscirkeln är en innovativ forskningsdesign som syftar till att utveckla ny kunskap samtidigt som den praktiska verksamheten syftar till att utvecklas. Modellen innebär att deltagare från ett verksamhetsfält och en forskningsinstitution träffas i så kallade forskningsgrupper omkring ett gemensamt tema eller fenomen. Dialogen i gruppen går ut på att upptäcka och utforska. Deltagarna delar med sig av sina erfarenheter, uppfattningar och autentiska reflektioner omkring temat eller fenomenet i forskningscirkeln. Dialogen genererar ett gemensamt empiriskt material som de gemensamt finner mening i och skapar förståelse omkring. Det centrala är denna gemensamma meningsskapande process. Kunskap och förståelse skapas i gruppen samtidigt som förändring sker på olika nivåer: personlig förändring, organisationsförändringar och förändringar i den sociala kontexten (Bray, 2000).

Då utvecklingsprojektet på fältet hade pågått i cirka ett och ett halvt år beslutades det om att starta en ny strategigrupp som hade till uppgift att göra interventioner till stöd för utvecklingen av samverkan och närsjukvård. Eftersom jag blev en av deltagarna i gruppen var syftet även att generera forskningsmaterial om samverkansprocessen. Gruppen kallade sig för SAMU (SAMverkan – Utveckling) och bestod av fyra arbetsledare och utvecklingsansvariga från de inblandade organisationerna samt mig som forskningsansvarig.

SAMU-gruppen hade värdegrunder som delaktighet och demokrati. Dessa värdegrunder fungerade dels som ideologiska riktmärken för gruppens inre arbete och dels var de

riktmärken för det arbete som gruppen skulle göra i utvecklingen av samverkan inom hälso- och sjukvården. SAMU-gruppen träffades kontinuerligt, cirka en gång i månaden och totalt 17 gånger under en period på cirka ett och ett halvt år. Mötesplatsen skiftade från gång till gång och deltagarna turades om att träffas på sina respektive arbetsplatser. Detta gjordes för att balansera deras inflytande och makt. Deltagarna i gruppen menade att om alla träffar förlagts till en deltagares arbetsplats hade risken ökat för att denna deltagare skulle få mer inflytande i gruppen än de övriga. Gruppen utformade tillsammans en illustration av hur gruppen arbetade och denna illustration finns återgiven i den följande figuren.



Figur 8: Arbetsgången i en forskningscirkel (Olsson, Hasselström, Nilsson, Thorsell & Wendel, 2007)

Figuren illustrerar arbetet i forskningscirkeln som en cyklisk process med olika steg som inkluderar frågeställning, generering av material, analys, aktion eller handling, reflektion och

eftertanke, varefter steget med frågeställning återkommer. De olika stegen behövde inte komma i denna bestämda ordning utan de kunde komma i olika ordning och även pågå parallellt. Frågeställningen modifierades efterhand som nya insikter eller förståelse nåddes. Gruppens huvudfrågeställning utvecklades så småningom till följande: – Hur gör vi arbetet inom vården till en gemensam gränsöverskridande angelägenhet med patienten i centrum?

Gruppens möten fungerade som ett kollektivt utforskande. Deltagarna, som var arbetsledare och utvecklingsansvariga från olika enheter och organisationer, utbytte erfarenheter av samverkan utifrån sina olika positioner. Olika perspektiv möttes och kritiska frågor ställdes. Samtidigt genererades forskningsmaterial på två olika nivåer: dels genom deltagarnas berättelser om sina erfarenheter, dels genom direkta observationer av samverkansprocessen, det vill säga processen i forskningscirkeln och de tillfällen när gruppen genomförde aktioner ute på fältet. Förutom deltagarnas berättelser och direkta observationer utkristalliserades en tredje nivå, nämligen skillnaden mellan berättelserna och observationerna. Detta var skillnaden mellan vad deltagarna sade att de gjorde och vad de faktiskt gjorde, vilket knyter an till Argyris' och Schön's (1977) tidigare nämnda distinktion mellan "espoused theory" och "theory-in-use". Enligt dessa forskare är aktörerna inte alltid är medvetna om skillnaden mellan vad de säger och vad de gör. Genom forskningscirkeln var det dock möjligt att medvetandegöra denna skillnad genom samtal och reflektion.

De olika nivåerna i det empiriska materialet kan illustreras med följande dialog mellan chefer, som förekom vid SAMU-gruppens tredje möte:

- *"Det är medarbetarna som är närmast patienten som ska forma samverkan och närsjukvården, inte vi administratörer!"*
- *"Ja, precis..."*
- *"Men det hjälper inte att vi sitter här; vi kan sitta här 100 gånger till utan det händer något".*

Dialogen visar skillnaden mellan chefernas berättelser och observationer. Deras "espoused theory" är att det är medarbetarna som ska forma samverkan, samtidigt som någon påtalar att deras "theory-in-use" är att det är de själva som administratörer som sitter på 100-tals möten och ingenting händer.

Den långdragna forskningsprocessen och den relation som utvecklades mellan forskaren och aktörerna ute på fältet underlättade en konfronterande dialog och självkritiska frågor. Forskaren, men även de andra deltagarna, uppmärksammade skillnader mellan vad de berättade om och vad de gjorde, vilket blev ett ämne som innebar att deltagarna skapade en bild av verkligheten där de belyste samverkan som ett fenomen. Materialet som genererades i forskningscirkeln innehöll erfarenheter och observationer av komplexa handlingsmönster och processer. Som forskare strävade jag efter att stödja ett öppet och reflekterade gruppklimat där flera perspektiv kunde mötas. Genom en dialog som byggde på dialektik, det vill säga en dialog där olika delar och perspektiv möttes, eftersträvades en ökad förståelse av samverkansprocessen. Ofta ställde jag hermeneutiskt inspirerade frågor i gruppen som: – Hur kan detta förstås? Processen i gruppen ledde till ett nyfiskt utforskande förhållningssätt där flera av deltagarna också ställde frågor om hur man kunde förstå skeenden.

Utifrån forskningscirkeln's gemensamma förståelse och ansträngningar planerades och genomfördes interventioner ute på verksamhetsfältet som syftade till att främja delaktighet och att stödja ”bottom-up” processer i utvecklingen av samverkan. Forskningscirkeln innebar en strävan mot en ny insikt, kunskap om och förståelse av samverkan och samverkansprocesser, samt att praktisk utveckling av detta skulle ske på flera nivåer: på organisationsnivå, i gruppen och på individnivå.

Fältanteckningar och ljudinspelningar

Whyte (1993) skrev fältanteckningar då han gjorde sina deltagande observationer av italienska ungdomsgäng i Boston. Han kom fram till att det fanns två olika sätt att organisera anteckningarna. De kunde antingen struktureras utifrån centrala ämnen eller också utifrån grupper av individer. Han fann det mest naturligt att skriva fältanteckningarna utifrån vad som kom fram i de olika grupperna, eftersom han på förhand inte kunde veta vilka ämnen som skulle visa sig vara centrala. Whyte använde tre kolumner för sina anteckningar: datum, grupp eller person, samt en sammanfattning av vad som kom fram.

I denna studie har fältanteckningar föredragits framför ljudinspelningar i de flesta situationer. Tanken var att fältanteckningar troligen inte skulle påverka situationen så mycket som ljudinspelningar skulle göra. Oftast skrevs endast stödord för att vid ett senare tillfälle skriva ut anteckningarna mer utförligt. Detta gjordes oftast direkt efter att material hade genererats.

Ett klassiskt förfarande för fältstudier är besöka toaletten för att anteckna, vilket också gjordes i denna studie. Även lunchtider ägnades i ensamhet åt att skriva anteckningar.

Reflektionsanteckningar gjordes även efter dagens slut. Anteckningarna organiserades med samma typer av kolumner som Whyte använde, det vill säga datum, den individ eller grupp av individer som materialet genererades från, samt vad som framkom.

I vissa situationer användes bandspelare, till exempel vid de intervjuer som gjordes under inledningen och avslutningen av forskningsprojektet, samt under vissa möten som ägde rum under utvecklingsprocessens gång. I en av projektets olika grupper som fungerade som en forskningscirkel, kändes det mer naturligt att använda bandspelare än vid andra möten eller vid observationer på den studerade avdelningen. I samband med ljudinspelningarna kunde även fältanteckningar föras parallellt för att fånga upp andra skeenden än ljud, samt för mina egna reflektioner kring den pågående processen.

Under forskningsprocessens senare del ute på verksamhetsfältet upphörde jag med att göra ljudinspelningar i samband observationerna. Anledningen var att jag föredrog att göra fältanteckningar. I dessa anteckningar fick jag med sådant som jag uppfattade som centralt direkt och i koncentrerad form.

Insamling av dokument

Dokument utgör en viktig del av forskningsmaterialet. Det har skett ett strategiskt urval av dessa dokument under forskningsprocessens gång. Det innebär att jag har valt dokument som har kommit i min hand under processens gång och dokument som jag har själv har samlat in eller letat fram för att få svar på olika frågor, exempelvis vilka målsättningar som låg bakom beslutet om Skånsk livskraft – vård och hälsa.

De dokument som har använts i studien har varit sådana som kunde vara relevanta för förståelsen av samverkansprocessen, till exempel underlag för olika beslut om närsjukvård och samverkan, projektplanen för CUU-projektet, uppdragsbeskrivningar från olika tidpunkter, protokoll och anteckningar från olika möten, samt aktörers minnesanteckningar. Dessa mötesanteckningar visar vad aktörerna fokuserade på och ansåg som centralt i samverkansprocessen eller vad de ville framhäva som centralt. De visar i varje fall vad den som sammanställde anteckningarna ansåg som viktigt eller ville framhäva som viktigt. Vid

analysen fungerade mötesanteckningarna som komplement till mina egna anteckningar. De kunde dels bekräfta och dels förtydliga mina anteckningar i vissa avseenden. Andra dokument som beslutsunderlag, projektplan och uppdragsbeskrivningar har framförallt använts för att förstå bakgrunden och intentionen med beslutet om närsjukvård och samverkan.

Olika metoder i olika sammanhang

Under den inledande tiden av forskningsprocessen innebar forskarrollen att vara mer observatör än deltagare. Rollen skulle kunna beskrivas som att vara en närvarande observatör, eftersom jag strävade efter att inte interagera så mycket. Som forskare var jag en främling på besök utan någon större kulturkompetens om sjukhus och vårdarbete. Under denna fas var det viktigt för mig att skapa och utveckla förtroendefulla relationer. Strategin var att skaffa kunskap om kulturen, människorna, verksamheterna, projektet och processen genom att närvara, lyssna och ställa frågor utan att störa så mycket. Fältanteckningar gjordes diskret. Efterhand som relationer utvecklades blev jag också successivt mer och mer accepterad och involverad.

Även vissa intervjuer gjordes i denna inledande fas för att få en grundläggande kunskap om de olika verksamheterna i den studerade utvecklingsprocessen. Exempelvis intervjuade jag en chef på kommunens äldreboende samt chefer från primärvårdens KVH-enhet. Intervjuandet innebar samtidigt också att jag skapade och utvecklade relationer.

Det fanns dokument som visade på de politiska beslut som låg till grund för utvecklingen av närsjukvård och samverkan, men för att få en mer utförlig bild av de tankar och reflektioner som fanns inom den politiska domänen kompletterades dokumentstudierna med intervjuer. Dessa gjordes i slutet av forskningsprocessen ute på fältet, närmare bestämt 2008 och 2009. Det var två politiker som intervjuades, en från vardera politiskt block.

Då empiriskt material skulle genereras tillsammans med aktörerna på den studerade närsjukvårdsavdelningen användes deltagande observation med dialog eller intervju. Jag blev tilldelad vit rock som jag bar då jag följde med personalen i deras vardagliga arbete under en hel- eller halvdags arbetspass. Jag kunde observera situationer som var relaterade till samverkan och jag deltog i de naturliga dialoger som utspelade sig. Dessutom hade jag vissa frågeställningar med mig, som jag antingen aktualiserade vid de naturliga dialogerna eller när

jag fick en stund för att intervjua aktörerna. Intervjuerna skedde oftast i enskilda rum, där vi kunde samtala ostört en stund. Intervjusituationen kunde vara allt från 10 minuter till en halvtimme. Urval gjordes löpande genom att försöka få en variation av deltagare, så att de kom från olika arbetslag och olika professioner. Dessutom intervjuades även några patienter och anhöriga om deras upplevelser av samverkan. Det hände också att personal kom fram till mig och bad om lov att få berätta för mig om sina upplevelser och erfarenheter, vilket de också fick. Fältanteckningar fördes i dessa sammanhang så diskret som möjligt.

Under utvecklingsprojektets gång var jag deltagande observatör i olika grupper inom projektorganisationen. Jag hade flera roller i dessa grupper, till exempel att ge och få information om projektets utveckling, samt att vara ett stöd för den fortsatta utvecklingsprocessen. Empiriskt material om processen genererades även i dessa grupper och fältanteckningar fördes såväl under som efter de olika gruppmötena.

I den tidigare nämnda gruppen, som fungerade som en forskningscirkel, var min roll att vara deltagare snarare än observatör. Jag hade som en uttalad uppgift att vara aktiv och stödjande i gruppens arbete, som gick ut på att stödja den fortsatta utvecklingen av närsjukvården i området. Ljudinspelningar gjordes under gruppens första tio möten, vilket innebar att jag lättare kunde befria mig från observatörsrollen. Vid resterande möten gjordes dock fältanteckningar under och efter mötena, eftersom jag ansåg att det trots allt var att föredra.

Vid de interventioner som arrangerades inom projektet var jag mer observatör än deltagare. Mitt deltagande var begränsat till att informera om forskningsprojektet och vad jag gjorde där. Jag deltog även i gruppdiskussioner, men med en viss försiktighet, vilket innebar att jag begränsade mig till att ställa följdfrågor på det som kom upp. Detta förhållningssätt valdes för att påverka situationen så lite som möjligt och låta deltagarna själva agera.

Vid vissa möten var jag helt och hållet observatör. Det föll sig naturligt för mig att inte delta aktivt i dessa möten. De involverade aktörerna fokuserade på sin situation och på varandra, varför forskaren inte hade någon annan naturlig roll i detta mer än att observera. Det hände även att jag blev tillsagd av en chef från sjukhuset att hålla mig utanför och inte delta på något annat sätt än att observera. Fältanteckningar gjordes då under och efter mötet.

Det empiriska materialet

Det empiriska materialet som denna studie bygger på generades kontinuerligt under hela forskningsprocessens gång då jag var ute på verksamhetsfältet och detta skedde inom olika berörda arenor. Dessa arenor utgjordes framför allt av möten i olika grupper, men de kunde även utgöras av en vanlig dag på den studerade avdelningen. Den följande tabellen ger en översikt av vilka studier som genomfördes inom ramen för detta forskningsprojekt, på vilka arenor det empiriska materialet genererades, under vilken tid och i vilken omfattning, vilka metoder som användes, vilka deltagarna var, samt hur många sidor empiriskt råmaterial som genererades i samband med dessa studier, utskrivet i 12-punktstext med ett radavstånd. Råmaterialet bestod av sammanlagt 449 sidor text.

Tabell 3: En översikt av det empiriska materialet i denna studie.

Studie	Arena	Tid/tillfällen	Metod	Deltagare	Sidor text
Inledande orientering (baseline)	Sjukhuset, Primärvården (KVH), Kommunalt äldreboende	Våren 2004 Flera tillfällen	Deltagande observation och intervjuer	Chefer och personal från sjukhuset, KVH och kommunen	15
Kartläggning av CUU-projektet	Närsjukvårdsavdelningen på sjukhuset, Styrgruppen, Projektgruppen	Hösten 2004 Flera tillfällen	Deltagande observation, intervjuer, samt insamling av dokument	Chefer och vårdpersonal, samt student och patient	13
Informationsdag (konferens) för sjukhusets anställda om närsjukvård	Konferenslokal	Juni 2005 Ett tillfälle	Deltagande observation	Chefer och vårdpersonal från sjukhuset	2
Kartläggning av samverkan och närsjukvård	Närsjukvårdsavdelningen	Augusti 2005 Två tillfällen	Deltagande observation med c:a 12 dialoger/intervjuer	Vårdpersonal samt patient och anhörig	12
Återföring av material genererat i augusti 2005	Närsjukvårdsavdelningen	Mars 2006	Deltagande observation med dialoger	Chefer och vårdpersonal	2
Uppföljning av kartläggningen av samverkan och närsjukvård	Närsjukvårdsavdelningen	Oktober 2007 Ett tillfälle	Deltagande observation med c:a 16 dialoger/intervjuer	Vårdpersonal, samt student och patient	15
Återföring av material genererat i oktober 2007	Närsjukvårdsavdelningen	Januari 2008 Ett tillfälle	Deltagande observation med dialoger	Chefer och vårdpersonal	2
Återföring av material genererat i oktober 2007	Möte med sjukhusledning och fackliga organisationer	Februari 2008 Ett tillfälle	Deltagande observation med dialog	Chefer, vårdpersonal och fackliga företrädare	3
Återföring av material genererat i oktober 2007	Möte med sjukhusledningen och forskningsplattformen	Februari 2008 En dag	Deltagande observation	Chefer på sjukhuset och forskare från högskolan	3
Kontakter med politiker	Möten med två politiker, en från varje block	April 2008 Mars 2009 Två tillfällen	Två intervjuer	Politiker från regionen	5

Uppföljning av samverkansprocessen	Möten med styrgruppen för CUU-projektet	Augusti 2005 – November 2007 13 tillfällen	Deltagande observation med dialoger, samt insamling av dokument	Chefer från sjukhuset, KVH och kommunen	28
Uppföljning av samverkansprocessen	Möten med SAMU-gruppen	September 2005 – April 2007 17 tillfällen	Forskningscirkel, deltagande observation med dialoger och intervjuer	Chefer från sjukhuset och kommunen	229
Uppföljning av samverkansprocessen	Möten med Nya SAMU-gruppen	Januari 2007 – Maj 2007 Sex tillfällen	Deltagande observation med dialoger	Chefer och personal från sjukhuset, KVH och kommunen	50
Uppföljning av samverkansprocessen	Möten med referensgruppen	December 2005 – Maj 2007 Fem tillfällen	Deltagande observation med dialoger	Chefer från sjukhuset och kommunen	12
Hantering av en samverkanskonflikt	Dialogmöte enligt sexpunktsmodellen c:a 20 personer	Januari 2006 Ett tillfälle	Observation	Chefer och personal från sjukhuset, KVH och kommunen	3
SAMU-gruppens interventioner	Interventionsmöten med SAMU-gruppen	April, Maj och November 2006 Tre tillfällen	Observationer med dialoger och intervjuer, samt insamling av dokument	Chefer och personal från sjukhuset, KVH och kommunen	16
Forskarens reflektioner under processens gång	Alla i studien involverade arenor	Kontinuerligt under hela processen	Forskningsdagbok	Forskaren	34
Återföring av material genererat under processens gång	FoU-konferenser i Hässleholm respektive Kristianstad	April respektive oktober 2007	Deltagande observationer med dialoger	Chefer och personal från sjukhuset, KVH och kommunen, forskare från högskolan	5

Som framgår av tabellen har empiriskt material genererats från olika arenor under hela tiden som forskningsprocessen pågick ute på fältet. Samtidigt har dokumentärt material också insamlats från olika källor. Dessutom har jag skrivit anteckningar i en forskningsdagbok. Det handlar i detta sammanhang om fria reflektioner och tankar om forskningen, som kom upp under processens gång. Anteckningarna skrevs under hela processens gång, men vissa perioder mer intensivt än andra.

Tolkning och analys av materialet

Tolkningarna av det empiriska materialet har gjorts utifrån de tidigare beskrivna vetenskapsfilosofiska utgångspunkterna. De har gjorts under hela forskningsprocessens gång genom att successivt söka förklaringar och förståelse till skeenden och i detta sammanhang pröva relevanta teorier. En tolkning i enlighet med det hermeneutiska idealet genomförs med utgångspunkt i det empiriska materialet, som tolkas med stöd av forskarens förförståelse. Som tidigare nämnts består förförståelsen bland annat av teorier som kan fungera som en inspirationskälla för förståelsen. Alvesson och Skoldberg (2008) använder begreppet abduktion för tolkning som innebär att det sker en alternering mellan teori och empiri under forskningsprocessens gång, varvid båda successivt omtolkas i skenet av varandra.

Som framgått av den tidigare beskrivningen har materialet genererats framförallt ur deltagande observationer i kombination med dialoger och intervjuer. De olika dokument som insamlats har utgjort en del av det samlade empiriska materialet. Dokumenten har inte tolkats eller analyserats separat, utan de har använts mer för att komplettera det övriga materialet. I vissa situationer tolkades enskilda delar av processen och vid andra tillfälle var ambitionen att tolka ”hela” samverkansprocessen. Delar av denna process sammanställdes också för att förstå skeenden inom en avgränsad del av processen, exempelvis sammanställdes de professionellas erfarenheter på avdelningen till en delstudie. Denna utgör sedan en del för att förstå hela samverkansprocessen. Tolkningen av hela samverkansprocessen innebär att försöka se helheten, det vill säga att alla delarna i den studerade samverkansprocessen ska finnas med och bekräfta tolkningen, från början till slut. Helheten innebär som tidigare nämnts även en tidsdimension, det vill säga material om processens ursprungsvillkor och om aktörernas framtida förväntningar.

Det empiriska materialet om samverkansprocessen finns på de två olika nivåer som Argyris och Schön (1977) har beskrivit. Det finns dels material om vad aktörerna framhöll att de gjorde ("espoused theory") och dels material som visar vad de gjorde i praktiken ("theory-in-use"). Ett sätt öka förståelsen om samverkansprocessen har varit att visa att det fanns skillnad mellan dessa två nivåer och att tolka detta tillsammans med aktörerna på fältet. Tolkningen kan illustreras som två pendelrörelser, dels mellan helheter och delar, dels mellan förförståelse och förståelse. Tolkningsarbetet har ofta illustrerats genom den så kallade hermeneutiska cirkeln, som i vissa fall kan innehålla alla de fyra ovan nämnda pendlingsstationerna. Relationen mellan förförståelse och förståelse betraktas som en utveckling av relationen mellan helheter och delar (Alvesson & Sköldberg, 2008). Ricœur (1981) har också lanserat en tredje dimension i hermeneutiken, som innebär att pendla mellan förståelse och förklaring. Därigenom infördes vetenskaplig teori som ett element inom hermeneutiken.

Tolkningsprocedurer under samverkansprocessens gång

Tolkningsprocedurerna i denna studie har varit omfattande och skett under hela forskningsprocessens gång. Under tiden som aktionsforskningsprojektet pågick gjordes gemensamma tolkningar av det empiriska materialet tillsammans med aktörerna på fältet. Tolkningarna kunde tillsammans belysas utifrån olika teoretiska perspektiv, till exempel utifrån domänteorin eller i form av beskrivningar och metaforer. Ett exempel på en gemensam tolkning av en del av processen är vid ett möte i en av grupperna, där en deltagare uppgav att hon upplevde att gruppen fungerade som en isolerad ö. Hon menade att det i gruppen fanns utvecklande dialoger och att deltagarna utvecklade värdefulla kunskaper, men att detta stannade i gruppen. Därmed tyckte hon att gruppen var en isolerad ö och att kunskaperna inte nådde ut till andra aktörer utanför gruppen.

Vid sidan av de gemensamma tolkningarna gjorde jag också egna tolkningar genom att beskriva mina reflektioner i min forskningsdagbok. Här följer ett utdrag av anteckningar som gjordes i januari 2005:

"Möten är en del av samverkan. Vad innebär ett möte? Att personer tar sig till samma rum och träffas? Vad blir interventionen av detta? Är det att samverka? Vem är mötena egentligen till för?"

Sedan aktionsforskningsprojektet avslutades i mitten på 2008, har deltagarna på fältet inte varit involverade i analysen eller på annat sätt i forskningen, utan jag har själv fortsatt tolkningsarbetet samt gjort den slutliga sammanställningen av materialet.

Analys av samverkansprocessen

När projektet avslutats skrevs allt material ut och sorterades. Utskrivningen av materialet är en viktig del av tolkningsarbetet (Trankell, 1973). Transkriberingen från ljud till text kan ske på olika sätt. Texten skrevs ut relativt ordagrant, men vissa delar slopades eftersom jag uppfattade att de inte hade någon direkt relevans för studien. Pauser, min upplevelse av gruppklimatet och andra reflektioner som jag fick under skrivandet skrevs ut. Eftersom samtal ofta följer flera olika associationer och personer ofta uttrycker sig på ett sätt som är svårt att förmedla i skriftlig form är texten inte helt enkel att förstå för en utomstående. Jag skrev själv ut alla ljudinspelningar. För mig som var med vid intervju- och dialogtillfällena och som även har skrivit ut materialet har det dock varit möjligt att förstå vad det handlade om.

Den studerade samverkansprocessen sorterades i ett första skede genom att sammanställa skeendet kronologiskt för varje grupp som var inblandad. Det fortsatta analysarbetet innebar sedan att läsa det sammanställda materialet från de olika grupperna ett antal gånger. Först gjordes detta förutsättningslöst därefter gjordes en sammanfattning av vad som skett vid varje tillfälle. Dessa sammanfattningar sammanställdes sedan kronologiskt, dels för de olika grupperna och dels för hela processen. Sammanfattningarna lästes igenom gång på gång. Reflektioner och tolkningar noterades skriftligt och tolkningar diskuterades vid flera tillfällen med handledare och vid forskningsseminarier.

Ett problem i tolkningsprocedurerna var att distansera mig från materialet som jag själv var en del av. Den deltagarorienterade aktionsforskningsdesignen, som innebar att jag var deltagare i den studerade processen, betydde att jag hade en hög grad av närhet till empirin. Under de olika delarna av forskningsprocessen krävdes olika förhållande till materialet, som innebar att pendla mellan närhet och distans. Närheten var relevant under den tid som materialet genererades. Däremot krävdes det en viss distans vid det vetenskapliga tolkningsarbetet. Som stöd för att skapa distans till det empiriska materialet gjordes därför en strukturanalys av materialet i tabellform med hjälp dataprogrammet Excel.

Excel är ett kalkylprogram som är väl lämpat att sortera material i olika delar i tabeller. En rad i tabellen utgör ett möte och olika former av anteckningar kunde göras till varje möte i tabellens 14 kolumner. Kolumnerna för varje möte hade följande rubriker: datum, arena, aktörer, aktörernas anteckningar, processen, centrala skeenden, dilemman eller konflikter, konflikthanteringsstrategi, kommentarer till konflikthanteringsstrategin, var befinner sig processen i förhållande till målet om samverkan, vad jag sade, gjorde, tänkte och kände, metoder, citat, samt mina reflektioner. Sjuttio olika möten sorterades in kronologiskt i tabellen. Processen kom på så sätt att skildras i en sammanfattande och koncentrerad form utifrån centrala aspekter. Genom denna strukturanalys skapades en överblick och en struktur över allt empiriskt material. I den fortsatta analysen var det praktiskt att snabbt kunna få en överblick och använda sammanställningen som ett minne för på ett enkelt sätt kunna få svar på detaljer, som när och med vilka vissa möten hade skett och vad som hade varit viktigt. Materialet kunde med hjälp av programmet och enkla kommandon på datorn sorteras på olika sätt, exempelvis utifrån en specifik grupps möten i kronologisk ordning eller hela processen i kronologisk ordning.

Mycket tid och möda har lagts ner på att utarbeta en lämplig struktur för att presentera det empiriska materialet. Det är ett rikt och omfångsrikt material med många intressanta infallsvinklar. De olika sammanställningarna lästes igenom fram och tillbaka och perspektivet pendlade mellan helheten och delarna. Olika sätt att redovisa materialet prövades, till exempel utifrån de olika arenor som den studerade avdelningen, olika möten och grupper utgjorde. En annan variant var att presentera allt material i kronologisk ordning, vilket innebar att presentationen hoppade mellan de olika arenorna. En utmaning var att det empiriska materialet om denna samverkansprocess låg på flera olika nivåer: samverkan inom sjukhuset, samverkan mellan sjukhuset, primärvården och kommunen, samt samverkan mellan mig som forskare och aktörerna på verksamhetsfältet.

Ett dilemma som jag brottades med under lång tid var på vilket sätt jag skulle presentera min egen samverkan med de olika aktörerna. Frågan var om detta skulle skildras i ett separat kapitel eller som en del av samverkansprocessen. Eftersom aktionsforskningen var en del av och påverkade den studerade processen valde jag slutligen att inkludera detta så som det var, det vill säga som en del av hela processbeskrivningen. De olika presentationsmodeller som utarbetades och prövades hade gemensamma problem: materialet spretade åt olika håll och

det var svårt att få en överblick av vad som hade skett och var jag befann mig på de olika arenorna. Slutligen framträdde ett mönster som innebar en uppdelning av samverkansprocessen i flera olika delprocesser. Detta mönster utgör strukturen för den följande empiriska framställningen.

Trankell (1973), som gjort en hermeneutisk aktionsforskningsstudie av händelser i ett bostadskvarter, har framställt sin empiri som en berättelse eller en roman. Jag har valt att göra en liknande framställning av processen i denna studie. Processbeskrivningen är empirinära och detaljerad med omfattande citat. Kvale och hans kollegor (2009) hävdar att på grund av etiska skäl bör samtal inte beskrivas ordagrant i den färdiga publikationen, utan texten behöver omarbetas från talspråk till skrift. Talspråk kan ofta vara osammanhängande och framstå som förvirrande, vilket kan leda till stigmatisering av individer eller grupper (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2009). För läsvänlighetens skull och för att få överblick har materialet omstrukturerats något. Vid framställningen av intervjuerna har jag till exempel sorterat in utsagorna i vissa sammanhängande teman, tagit bort utsagor som inte kan anses vara centrala och visar inte heller mina egna utsagor och frågor. Även språket har till viss del redigerats, från talspråk till en mer läsvänlig text.

Samverkansprocessen skildras detaljerat och empirinära, vilket utgör grunden för den fortsatta analysen och utvecklingen av en teoretisk modell. Olsson (2011) använder i sin avhandling begreppet slående exempel, vilket innebär att välja ut ett bra och talande empiriskt avsnitt. Jag har på samma sätt försökt att välja ut sådana skeenden och uttalanden som kan utgöra slående exempel och som jag ofta även har tagit fasta på under processens gång. Avsikten är att ge en förståelig beskrivning av processen och dess sammanhang. Strävan har varit att så långt som möjligt förmedla en helhetsbild av samverkansprocessen.

Om trovärdighet och vad som är sant

Det finns flera sätt att öka en studies trovärdighet. Trankell (1973) beskriver att den berättelse som han återger är sann i betydelsen att den återger hur han själv som författare upplevde och tolkade vad han hade varit med om. Han poängterade också att subjektiva sanningar och en objektiv beskrivning av verkligheten inte alltid behöver sammanfalla. Han hävdade att det objektiva är en abstraktion som går utanför vår upplevelse. I stället var intresset att fånga ”den subjektiva verkligheten, som existerade i de deltagande människornas upplevelse av

skeendet” (Trankell, 1973, sid.404). Då det var fler aktörer involverade i den studerade processen fanns det också flera subjektiva upplevelser. Han beskriver att berättelsen som skildras återger ”hela min del av denna verklighet” (Trankell, 1973, sid.404). Han påpekar risken att involverade aktörer i studien som läser hans bok kan hävda att återgivandet inte är korrekt, eftersom de inte inser att det finns en skillnad mellan vad de själva minns och det som forskaren minns och har beskrivit. Enligt hans uppfattning handlar en trovärdig tolkning om att överblicka alla data som är väsentliga kring den företeelse som ska tolkas, samt att tolkningen förklarar på ett restlöst och rimligt sätt (Trankell, 1973).

På liknande sätt är empirin i denna studie min subjektiva upplevelse av samverkansprocessen. Utsagor i det empiriska materialet är deltagarnas subjektiva sanningar som återges och citat används för att vara så nära dem som möjligt, men trots det har deras subjektiva sanning genomgått ett filter genom mig. Filtret innebär att jag har strävat efter att fånga det väsentliga i materialet, det vill säga att jag har valt ut vissa delar som jag har uppfattat centrala för processen utifrån min förförståelse. För att kunna förflytta materialet från en subjektiv upplevelse till ett vetenskapligt arbete har jag därför strävat efter intersubjektivitet, det vill säga att andra ska kunna granska vad jag har gjort. Jag har försökt att beskriva filtret, det vill säga min förförståelse, mina tolkningar och även till viss del vägen där emellan, samt hur jag har gått till väga, det vill säga mina metoder. Vidare har jag strävat efter ett restlöst material, det vill säga att det inte ska finnas kvar delar i materialet som motsäger tolkningen. Skulle det trots allt bli kvar en rest som motsäger tolkningarna är det viktigt att redogöra för denna, samt hur slutsatser och diskussion har förts omkring denna rest. På så sätt är det möjligt att öka trovärdigheten.

Andra sätt att öka trovärdigheten i en studie är genom triangulering. Detta innebär att använda flera metoder, flera datakällor, flera analysmodeller, flera teorier, flera individer som analyserar eller flera delstudier, samt att bryta de olika resultaten mot varandra (efter Patton, 2004). Exempelvis är det möjligt att i samma studie kombinera flera olika metoder för att generera empiriskt material, till exempel som intervjuer och observationer. För att det ska betraktas som triangulering måste även de olika materialen jämföras, brytas eller speglas mot varandra. Triangulering kan även ske genom att jämföra en studies resultat med andra studier, kvalitativa såväl som kvantitativa. Ytterligare sätt att öka trovärdigheten är genom en så kallad designkontroll. Det innebär att reflektera över hur designen kan ha påverkat resultatet,

exempelvis hur min närvaro som aktionsforskare kan ha påverkat resultatet. Ett annat sätt är att reflektera över hur den valda urvalsstrategin kan ha påverkat resultatet.

I denna studie har olika datakällor använts. Material om samverkansprocessen har genererats från olika arenor med olika deltagande aktörer, till exempel har chefernas utsagor jämförts med personalens samt regionens utsagor med kommunens. Mina egna observationer och erfarenheter har givit ytterligare perspektiv på processen. Mina iakttagelser av processen har dessutom återförts till aktörerna på fältet. I synnerhet har jag framfört uppfattningar som jag upplevt som motstridiga eller motsägelsefulla. Vidare har studiens resultat jämförts med tidigare forskning. Samverkansprocessen har endast svagt belysts från ett politiskt perspektiv och ett brukarperspektiv. Politiker, patienter och anhöriga var berörda av det som skedde, men de var inte direkt inblandade så att de skulle kunna påverka i det skede som processen studerades. Politikerna hade initialt beslutat om att processen skulle inledas, men sedan var det upp till chefer och personal att verkställa beslutet. Det skulle vara intressant att undersöka vad som hade skett om både politiker och brukare varit mer involverade i utvecklingen av processen. Troligen skulle den ha blivit ännu mer komplex och dynamisk och möjligen skulle det också ha skett spännande förändringar.

Inom hermeneutiken talas det inte om sanna eller ohållbara tolkningar, utan om tolkningar som är mer eller mindre rimliga och eller meningsfulla (Ödman, 2001). Värdet av en tolkning kan bestämmas av huruvida den är användbar för sitt syfte att skapa en ökad förståelse. Den vetenskapliga tolkningen ska finna stöd i empirin, det vill säga i det som har observerats och uttryckts (Alvesson & Skoldberg, 2008). Ett sätt att visa om tolkningar har stöd i empirin är att använda citat i presentationen av resultatet, vilket också görs i denna studie.

Trovärdigheten i studien handlar inte om att framställa processen som en objektiv sanning, utan att framställa samverkansprocessen så restlöst och rimligt som möjligt, innefattande de olika aktörer som varit delaktiga och allt annat väsentligt material.

Patton hävdade att en studies trovärdighet förstärks genom att värdera tolkningar mot bakgrund av rivaliserande tolkningar (Patton, 2004). I denna studie har andra tolkningar gjorts under processen och i vissa fall har dessa även redovisats. Ett annat sätt att öka trovärdigheten är att göra de analytiska procedurerna och processerna så synliga som möjligt (Patton, 2004). Jag har därför strävat efter öppenhet under hela forskningsprocessen. Jag har berättat om mina antaganden om fenomenet till deltagare på fältet, forskarkollegor och handledare, samt lyssnat

på deras respons. Hermeneutisk uttryckt har våra olika förståelsehorisonter mötts och utvidgats.Handledningen kunde även innehålla konfronterande inslag:

Handledaren: – *”Men vad har du för roll i gruppen?”*

Jag: – *”Jag har det ännu inte helt klart för mig”.*

Handledaren: – *”Du har en benägenhet för att ta en ledarroll”.*

Jag: – *”Jo, jag kan se att jag faktiskt har konkurrerat om ledarrollen i gruppen”.*

Genom att forskningsprocessen ute på fältet har inneburit en kontinuerlig återföring av preliminära forskningsresultat fick aktörerna på verksamhetsfältet även ta del av mina reflektioner och tolkningar under processens gång. Återföringssituationerna fungerade som en spegling av den pågående samverkansprocessen där deltagarna hade dialoger omkring det som återspeglades och tolkningarna av detta. Olika kontrasterade bilder av verkligheten möttes. I vissa fall blev det ett möte där helt motsatta bilder framträdde medan det i andra fall blev ett samförstånd omkring förståelsen. Som ett exempel på det sistnämnda kan nämnas en konferens som anordnades av sjukhuset. Jag återförde där en sammanställning av olika dilemman som hade identifierats i samverkansprocessen. Den person som var utvecklingsansvarig för närsjukvården inom sjukhuset uttryckte efter presentationen att jag *”verkligt hade lyckats fånga det viktiga i processen”*.

Den öppenhet som jag har eftersträvat under forskningsprocessen återspeglas även i den skriftliga sammanställning som denna avhandling utgör, där jag i olika sammanhang har försökt att presentera mig själv och min förförståelse. Förhoppningsvis kan läsaren på så sätt få en möjlighet att bättre bedöma och förstå forskningen och dess resultat.

Överförbarhet

Den tidigare nämnda sammanställningen av internationell forskning om samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering visade att det finns stora likheter mellan samverkan inom rehabiliteringsområdet och andra områden som till exempel psykiatri, missbruksvård, integrerad hälso- och sjukvård, äldreomsorg och folkhälsoarbete (Andersson, Ahgren, Bihari Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011). Det handlar bland annat om likartade behov av att samverka, likartade hinder och svårigheter, samt likartade modeller för att organisera samverkan. Dessa likheter antyder att samverkan är ett generellt fenomen i det moderna

välfärdssamhället och att kunskap om samverkan inom ett område skulle kunna överföras till andra områden (Axelsson, 2012).

Trots att syftet med denna studie enbart är att förstå och förklara den studerade samverkansprocessen i utvecklingen av närsjukvård kan de teoretiska modeller som studien utmynnat i med fördel även prövas i andra sammanhang. Detta kan också bidra till en ökad generell förståelse av samverkansprocesser på olika områden. Troligen är dock modellerna mest lämpade inom välfärdsområdet, där det framför allt handlar om offentliga organisationer som är politiskt styrda. Detta innebär att modellerna skulle kunna ge ökad förståelse av både vertikal och horisontell samverkan inom och mellan denna typ av människobehandlande organisationer.

Etiska aspekter och dilemman

Den forskning som avrapporteras i denna avhandling har genomförts i strävan att vara enligt de forskningsetiska regler som Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) utvecklat. Reglerna innehåller fyra grundläggande huvudkrav som avser att skydda individer som är föremål för forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (HSFR, 1999). Förutom dessa regler har även särskilda etiska råd för deltagarorienterad aktionsforskning beaktats (Blake, 2007).

De deltagande individerna har kontinuerligt fått muntlig och skriftlig information om studien. Vid möten delades den skriftliga informationen ut till deltagarna och vid större sammankomster visades denna information på overhead, men den skriftliga informationen fanns samtidigt att tillgå för alla intresserade. Informationen fanns även uppsatt på en anslagstavla på den studerade avdelningen. Informationen omfattade forskningens syfte och genomförande, att deltagandet var frivilligt och att deltagarna hade rätt att avbryta sin medverkan om och när de så ville samt information om hur konfidentialiteten skulle hanteras.

Deltagarna hade möjlighet att ta del av det empiriska material som de själva hade lämnat ifrån sig, vilket flera av dem också gjorde. Råmaterialet lämnades i sådana fall ut i ett förslutet kuvert till personen ifråga. Deltagarna fick också ta del av materialet genom de återföringssituationer som kontinuerligt genomfördes. Återföringen skedde först till den grupp som var närmast berörd och tillsammans med denna grupp påbörjades tolkningsarbetet.

Därefter kunde återföring ske även till andra grupper. Materialet förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av det. Materialet har återförts till fältet och på så sätt använts under processens gång som stöd för utvecklingen av samverkan, men därutöver har materialet endast använts i forskningssyfte.

De etiska reglerna föreföll vara ganska självklara då de fastställdes, men de var inte alltid så enkla att följa i denna studie. Det fanns situationer där individer blev involverade utan de hade fått information om forskningen. I sådana fall fick de information i efterhand och fick då ta ställning till sitt deltagande. Då deltagande observationer gjordes på avdelningen kunde jag till exempel följa med på ronder och det hände att jag observerade situationer med deltagare som ännu inte hade informerats om att jag då bedrev forskning.

I inledningsskedet av forskningsprocessen lovades individerna att deras identitet inte skulle kunna kännas igen av andra. Detta löfte lämnades av mig ganska oreflekterat. Jag läste HSFR:s riktlinjer, ansåg att de verkade rimliga och accepterade dem utan att ha klart för mig vad de innebar för ett aktionsforskningsprojekt som detta, samt utifrån förutsättningarna att forskningen bedrevs inom offentlig verksamhet och handlade om det arbete som utfördes där. Det har varit ett dilemma hur kravet på konfidentialitet ska hanteras i ett sådant projekt.

Ett sätt att hantera konfidentialitetskravet vore att fingera både ort, sjukhus, högskola, avdelning och projekt. Det fanns dock inga riktiga skäl för en sådan avidentifiering av orten och de inblandade institutionerna. En utgångspunkt i forskningsdesignen var att deltagarna inte bara var objekt utan även subjekt och delaktiga i forskningen, vilket talar för att inte fingera ort eller verksamhet. Dessutom var forskningens fokus inte på individer utan på processen att utveckla samverkan. Forskningen var inriktad på det offentliga arbete som bedrevs inom organisationerna och fokuserade på det som deltagarna bar med sig och representerade, inte på deltagarna som individer. Strävan var att förstå skeenden utifrån gruppnivå och organisatorisk nivå.

Frågan var då hur de deltagande individernas identitet bäst skulle kunna skyddas.

Samverkansprocessen skulle trots allt följas genom individerna, men det var inte det personliga hos individerna eller deras personliga angelägenheter som var i fokus. Ett sätt att hantera detta var att uttalanden om patienters hälsotillstånd har tagits bort och ersatts av mer generella termer som att de hade behov av vård. Enskilda personer har fått fingerade namn i

denna avhandling, men orten och olika verksamheter framgår. Det innebär att deltagarna kan känna igen sig själva och troligtvis också andra deltagare som finns eller fanns i deras närhet. Informationen om konfidentialitet ändrades därför efter cirka ett år till följande:

”Det kommer att framgå vilken profession och organisation Du tillhör, men Du kommer att få ett fingerat namn. Detta innebär att personer som finns i din omedelbara närhet troligen kan komma att kunna identifiera dig i studien”.

Ett annat etiskt dilemma var att det fanns lägen då deltagare ville läsa fältanteckningar eller utskrifter av intervjuer som de varit involverade i och hade synpunkter på hur deras uttalanden hade återgivits. De fick läsa dessa anteckningar och utskrifter, men de fick inte möjlighet att ändra på beskrivningen av vad de hade sagt. De citat som det handlade om i dessa fall var dock inte centrala för forskningens resultat och de behövde därför inte heller beskrivas.

Den öppenhet som präglade forskningsprocessen innebar att mycket som varit dolt kom upp till ytan. Återföringssituationerna väckte ibland både vrede, besvikelser och ledsamhet. Forskningen synliggjorde processer och konflikter som deltagarna inte alltid ville kännas vid. Dessa processer och konflikter var inte obekanta för deltagarna, men då de sammanställdes och synliggjordes vid återföringssituationerna väcktes starka känslor. Frågan kan ställas om det är etiskt försvarbart att bedriva forskning som väcker så starka känslor. Men motfrågan kan också ställas om det är etiskt försvarbart att inte bedriva forskning om samverkan på grund av att det väcker starka känslor hos dem som arbetar med dessa frågor. Argumenten för denna studie är att den har undersökt processer inom offentlig verksamhet och att dessa processer har betydelse för arbetet inom hälso- och sjukvården. Eftersom ramarna för PAR innebar att forskningsprojektet skulle bedrivas under några år var det dessutom möjligt för mig att under projektets gång återkomma till de grupper som reagerade starkt på vad forskningen synliggjorde. Detta gjordes också vid ett par tillfällen.

I slutet av forskningsprocessen på fältet hade jag ett samtal om processen med ett par av cheferna från sjukhuset. De framförde då att processen troligen skulle ha underlättats om jag hade återfört mitt empiriska material från avdelningen till enhetschefen innan personalen fick ta del av det. Då skulle enhetschefen ha varit beredd på de reaktioner som kom och även haft möjlighet att ta med sig någon annan chef som stöd för den dialog som uppkom vid återföringssituationen. Det var av etiska skäl som återföringen gjordes till personalen först.

Enligt min uppfattning var det viktigt att de som hade genererat materialet skulle få ta del av det allra först. Om återföringen först skulle ske till cheferna fanns det en risk för att personalen skulle uppleva att jag som forskare allierade mig med cheferna, samt att personalen skulle få chefernas tolkningar av materialet innan de själva fick se det.

Ett ytterligare dilemma för mig var att avsluta kontakten med aktörerna på det studerade verksamhetsfältet. Forskningen hade synliggjort och satt igång processer på fältet och jag hade haft en central roll i detta. Mina funderingar handlade om etiska reflektioner och kanske bristande tillit, som att det fanns en risk för att det som hade satts igång kanske skulle avstanna om jag lämnade. Styrgruppen avslutade också det utvecklingsprojekt som hade satts igång sedan jag avslutat mina kontakter på fältet.

Förhoppningsvis innebar trots allt min tid på fältet att deltagarna fick delta i ett lärande omkring att samverka och att frön såddes för den fortsatta utvecklingen. Å andra sidan, om jag hade fortsatt mitt deltagande på fältet hade jag troligen inte kunnat avsluta mitt avhandlingsarbete, vilket i högsta grad hade inneburit ett svek från min sida. Det var flera deltagare från fältet som var involverade i forskningen under flera år. Min viktigaste uppgift var att vara forskare och att avge en skriftlig avrapportering av forskningsprojektet i form av en avhandling. Uppgiften för deltagarna ute på verksamhetsfältet var att förvalta den kunskap som genererats i den praktiska vardagen.

Ett annat sätt att betrakta svårigheten att avsluta är att det handlade om separation. Frågan är i så fall, hur separationsprocessen mellan forskare och deltagare på fältet ska hanteras, utifrån en social synvinkel. Ett sätt är att på ömse håll ta ansvar för vårdnaden om den gemensamma kunskapen: forskaren genom att skriva avhandlingen och deltagarna på fältet genom att fortsätta utvecklingsarbetet.

Andra delen

KAPITEL V

STUDIEOBJEKTET

Närsjukvårdsutvecklingen i Hässleholm

Som tidigare beskrivits fattade Region Skåne och Kommunförbundet Skåne ett beslut 2004 om att genomföra en genomgripande strukturförändring av den Skånska hälso- och sjukvården med beteckningen Skånsk livskraft – vård och hälsa. Detta beslut innebar en utveckling av närsjukvård, som skulle bli den största delen av hälso- och sjukvården och omfatta den vård som bedrivs inom kommunal hälso- och sjukvård, primärvård, samt vissa delar av sjukhusvården. Den övergripande tanken var att dessa verksamheter skulle förbättra hälso- och sjukvården genom att utveckla samverkan sinsemellan (Region Skåne, 2003a).

För att utveckla närsjukvården inom regionen tillsattes fem lokala ledningsgrupper som var och en ansvarade för utvecklingen inom ett geografiskt avgränsat område. I Hässleholm valde den lokala ledningsgruppen att sjukhuset, primärvården och tre kommuner tillsammans skulle starta tre pilotprojekt, ett i vardera kommunen. Projekten bedrevs av utvecklingsgrupper bestående av både chefer och vårdpersonal. Varje grupp skulle utveckla vården för en speciell diagnos: hjärtsvikt, stroke eller sår. I de olika utvecklingsgrupperna skulle deltagarna tillsammans utveckla en så kallad vårdprocess för sin patientgrupps specifika diagnos. Detta innebar att grupperna skulle undersöka vilka svårigheter en patient kan råka ut för då han eller hon blir slussad genom vårdapparatens olika instanser, samt hur dessa vårdprocesser skulle kunna göras så smidiga som möjligt.

Utvecklingsgrupperna arbetade på olika sätt. Sårgruppen byggde upp nya rutiner och skrev handböcker. Även strokegruppen utvecklade nya arbetsrutiner som skulle kunna underlätta för patienter med denna problematik. Hjärtgruppen hade svårigheter att utveckla rutiner, eftersom de upptäckte att deras patientgrupp ofta hade flera olika sjukdomar. De ändrade därmed fokus från hjärtsjuka till multisjuka. Nästa steg i utvecklingen var att de vårdprocesser som utvecklats skulle spridas och införas brett inom hälso- och sjukvården, i första hand inom det lokala området. De tre diagnosgrupperna var de första initiativen till att arbeta processorienterat, men avsikten var att fortsätta med att utveckla fler vårdprocesser (Region Skåne, 2005a).

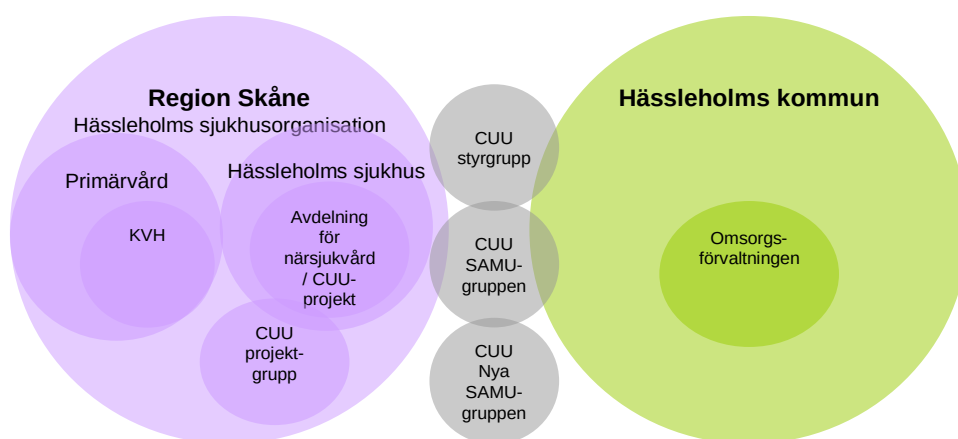
I september 2003 startades det tidigare nämnda projektet med beteckningen CUU vid en internmedicinsk avdelning på Hässleholms sjukhus. Syftet med projektet var att utveckla närsjukvård genom att utveckla samverkan. Det handlade närmare bestämt om att ”utveckla samarbetet mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialiserad sjukhusvård, samt få ett flöde av kompetens mellan de olika organisationerna” (Region Skåne, 2003c, sid.2). Den medicinska avdelningen skulle genom detta projekt ha en nyckelroll när det gällde närsjukvårdsutveckling. Avdelningen skulle ”bedriva kvalitets- och utvecklingsarbete utifrån ett närsjukvårdsperspektiv” (Region Skåne, 2003c, sid.2). Det handlade bland annat om att vårdprocesser skulle ”vidareutvecklas och implementeras” (Region Skåne, 2003c, sid.2).

I CUU-projektet deltog förutom Hässleholms sjukhus även omsorgsförvaltningen i Hässleholms kommun och specialenheten för kvalificerad vård i hemmet (KVH) inom primärvården i Hässleholm. Ledningen för projektet hade inledningsvis en ambition att få med två ytterligare kommuner samt fler enheter inom primärvården. Det gjordes flera försök att involvera dessa, men de blev aldrig delaktiga i projektet. Det innebar att två huvudmän stod bakom projektet: Region Skåne och Hässleholms kommun. För att styra och stödja projektarbetet tillsattes en styrgrupp och en projektgrupp. Senare etablerades även en strategigrupp och en operativ samverkansgrupp.

- *Styrgruppen* bestod av chefer och företrädare för olika yrkesgrupper inom kommunen, sjukhuset och primärvårdens KVH-enhet. Gruppens uppgift var att följa upp och fatta olika beslut om utvecklingsprojektet som helhet.
- *Projektgruppen* bestod av arbetsledare och vårdpersonal från sjukhuset, samt kliniska adjunkter och en lektor från Högskolan Kristianstad som arbetade med verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor. Gruppens uppgift var att fungera som ett internt stöd för utvecklingsarbetet inom sjukhuset.
- *SAMU-gruppen* var en strategigrupp bestående av en utvecklingssekreterare från sjukhuset, en arbetsledare från primärvårdens KVH-enhet, två arbetsledare från Hässleholms kommun, samt mig som deltagande aktionsforskare. Gruppens uppgift var att genomföra interventioner som skulle fungera som stöd för utvecklingen närsjukvård och samverkan.

- *Nya SAMU-gruppen* var en operativ samverkansgrupp. Antal deltagare varierade, men sammanlagt var det cirka tio aktiva deltagare. De kom från kommunen, sjukhuset och KVH-enheten och det var både chefer och företrädare för olika yrkesgrupper med tonvikt på de sistnämnda. Gruppens uppgift var att utveckla samverkan.

Den följande figuren ger en illustration av CUU-projektet vid slutet av projekttiden då alla tillhörande grupper hade etablerats.



Figur 9: CUU-projektet och de olika enheter och grupper som ingick i projektet.

Utöver de nämnda grupperna fanns även en *referensgrupp* som bestod av chefer från sjukhusorganisationen och kommunen samt forskare från Högskolan Kristianstad. Gruppen träffades kontinuerligt för att få en överblick över pågående forskningsprojekt. Deltagarna hade dialoger omkring hur forskningen fortskred och var ett forum för strategiska frågor. Exempelvis kunde cheferna fungera som ”dörröppnare” för forskare som ville få tillträde till verksamhetsfältet.

Dramatis personae

I den följande tabellen presenteras en del av de enskilda aktörer som var involverade i det studerade utvecklingsprojektet med fingerade namn. Det handlar om totalt 29 personer som på olika sätt deltog i projektet. Deras yrke eller position samt deras organisatoriska tillhörighet har också angivits. Dessutom framgår deras kön av de fingerade namnen.

Tabell 4: Nyckelpersoner i CUU-projektet, deras yrke eller position och organisation.

Person	Yrke/position	Organisation
Anna Andersson	Hälso- och sjukvårdschef	Hässleholms kommun, Omsorgsförvaltningen
Birgit Bengtsson	Teamledare	Primärvården i Hässleholm, KVH-enheten
Carin Carlsson	Enhetschef, Äldreboende	Hässleholms kommun, Omsorgsförvaltningen
Doris Davidsson	Utvecklingssekreterare Utvecklingsenheten	Hässleholms sjukhus, Sjukhusledningen
Elin Eriksson	Enhetschef (3)	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Fredrika Fransson	Biträdande Sjukhuschef	Hässleholms sjukhus, Sjukhusledningen
Greta Granér	Klinisk adjunkt och sjuksköterska	Högskolan Kristianstad och Hässleholms sjukhus
Helen Hellström	Utvecklingsansvarig	Hässleholms sjukhus, Sjukhusledningen
Hanna Hansson	Utvecklingsansvarig	Hässleholms kommun, Omsorgsförvaltningen
Inga Isaksson	Verksamhetschef	Primärvården i Hässleholm, KVH-enheten
Jenny Johansson	Administratör	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Karolina Knutsson	Läkare	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Lena Larsson	Sjuksköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Monica Mattsson	Arbetsterapeut	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Nora Nicklasson	Sjuksköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Olivia Olsson	Undersköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Olle Oscarsson	Verksamhetschef	Hässleholms sjukhus, Sjukhusledningen
Rigmor Rydén	Sjuksköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen

Rune Rudolfsson	Projektansvarig CUU Enhetschef	Hässleholms sjukhus, Sjukhusledningen
Stina Svensson	Sjukgymnast	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Tilda Tegnér	Läkare	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Ture Torsson	Enhetschef, Akutmottagningen	Hässleholms sjukhus, Sjukhusledningen
Ulla Undin	Sjuksköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Ursula Uddén	Personalspecialist	Hässleholms sjukhus Sjukhusledningen
Viveka Vall	Sjuksköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Ylva Yngvesson	Enhetschef (1)	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Åke Åhman	Läkare	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Åsa Åsling	Undersköterska	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen
Örjan Öhrn	Utvecklingssekreterare och enhetschef (2)	Hässleholms sjukhus, Närsjukvårdsavdelningen

Personerna i tabellen var nyckelpersoner i projektet, men det var också många andra personer som på olika sätt deltog i projektet. Dessa kommer dock inte att specificeras närmare i den följande beskrivningen av den studerade samverkansprocessen utan de kommer att anges endast i form av sin position och organisatoriska tillhörighet.

KAPITEL VI

INLEDNINGEN AV PROJEKTET

Hur CUU-projektet blev ett aktionsforskningsprojekt

Ungefär samtidigt som CUU-projektet startade så startade även ett nytt forskningsprogram vid Högskolan Kristianstad med beteckningen Forskningsplattformen för Närsjukvård. Detta var ett samverkansprojekt mellan högskolan, regionen och sex kommuner, bland annat Hässleholms kommun. Forskningsplattformen bestod av ett tvärdisciplinärt forskarteam, som genom aktionsforskning skulle stödja och utforska utvecklingen av närsjukvården lokalt i området.

Projektledningen för CUU-projektet ansökte hos samordningsgruppen för forskningsplattformen om att ingå som ett aktionsforskningsprojekt i forskningsplattformen. Ansökan beviljades. Jag var en av deltagarna i forskningsplattformen med ambitionen att skriva en doktorsavhandling. Genom förhandlingar mellan plattformens samordningsgrupp, ledningen för CUU-projektet och mig kom vi överens om att jag och deltagarna i utvecklingsprojektet skulle bedriva ett gemensamt forskningsprojekt med deltagarorienterad aktionsforskning.

Inledande kontakter

Den 15 mars 2004 träffade jag aktörerna på Hässleholms sjukhus för första gången. Det var Rune Rudolfsson som då var projektledare för CUU-projektet och Ylva Yngvesson som var enhetschef på den internmedicinska avdelning där utvecklingsarbetet skulle bedrivas. Vi träffades och pratade flera gånger under våren år 2004 om hur projektet skulle kunna fungera som ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt. Vi hade även flera kontakter per telefon. Vi var överens om att forskningen skulle kunna utgöra underlag för förändringar ute på verksamhetsfältet. Vi samtalade om vilket gemensamt fokus forskningen och utvecklingsprojektet skulle kunna ha, samt vilka metoder som skulle kunna användas. Vi var alla tre engagerade och intresserade av att etablera samverkan med varandra.

Flera utmaningar dök upp redan under det första halvåret. I maj meddelade Rune att han inte längre skulle vara projektledare, eftersom han hade fått en annan tjänst inom sjukhuset. Ylva och jag fortsatte emellertid att hålla kontakt för fortsatt planering. Vi planerade att jag skulle träffa personalen för en dialog med dem om projektet.

I juni kom ett beslut från sjukhusledningen om att de skulle genomföra en omorganisation och rationalisera bort flera vårdplatser på avdelningen, samt att projektet eventuellt skulle flyttas till en annan avdelning. Ramarna för och innehållet i aktionsforskningsprojektet blev därmed osäkra. Det var oklart var projektet skulle bedrivas, vilka som skulle delta, samt om de eventuella nya deltagarna i projektet var intresserade av ett projekt med denna inriktning. Både Ylva och jag blev överrumplade av denna utveckling. Ledningen beslutade dock att projektet skulle fortsätta inom den tilltänkta avdelningen.

En dag i september månad samma år berättade Ylva att hon skulle ta tjänstledigt från avdelningen. Hon hade sökt och fått ett annat arbete. Ylva förklarade sitt beslut så här:

”Omorganiseringen tar mycket kraft. Det har varit mycket konstiga beslut, men denna senaste tid med omorganisering var droppen. Det hänger inte ihop och går inte heller att förklara, varken för mig själv eller för personalen vad beslutet syftar till”.

Örjan Öhrn, som arbetade som utvecklingssekreterare inom sjukhusledningen, skulle vikariera för Ylva under hennes tjänstledighet, fram till februari 2005. Ylva och jag kom överens om att jag skulle delta vid avdelningsmötet i september månad för att träffa personalen. Dagen innan detta möte skulle äga rum ringde dock Jenny Johansson, som var administratör på avdelningen. Hon meddelade att jag inte fick komma till avdelningsmötet, utan att jag var tvungen att vänta en månad till nästa möte.

Jag hade svårt att acceptera detta och ringde därför till Örjan, som då hade tillträtt tjänsten som vikarierande enhetschef på avdelningen. Örjan stod på sig och sa att jag inte skulle få lov att komma till avdelningen i detta skede. Enligt hans uppfattning var det svårt att låta mig närvara vid ett avdelningsmöte just då. Han sa att det handlade om att han var nytillträdd chef och att han och personalen behövde tid att lära känna varandra, samt att det dessutom skulle komma en annan chef till detta möte. Det handlade också om att det var ont om personal på

avdelningen och att de därför inte hade så mycket tid över till annat än patientarbete. Samtalet avslutades med att vi kom överens om att jag skulle komma till nästa avdelningsmöte.

Mötet mellan mig och personalen på avdelningen samt den vikarierande enhetschefen Örjan ägde rum i slutet av oktober 2004. Mötet handlade till stor del om den omorganisation som var på gång inom avdelningen och det övriga sjukhuset. Örjan berättade för personalen att det skulle göras besparingar på flera miljoner kronor, att denna avdelning skulle bli drabbad av detta, samt att det skulle bli ytterligare besparingskrav 2005. Personalen uppgav att de upplevde omorganisationen som negativ, att de skulle få mer skrivbordsarbete och att sjuksköterskorna skulle få mer ensamarbete. De sa att de upplevde att de inte kunde påverka utvecklingen och sin arbetssituation, exempelvis hade flera i personalen blivit förflyttade på grund av omorganisationen och nu var det även tal om att en del av personalen kanske skulle tvingas att lämna sina tjänster framöver.

Personalen och jag samtalade om deltagarorienterad aktionsforskning och vad som skulle kunna vara intressant att utveckla kunskap om. De visade intresse och vi talade om att samverkan kunde vara intressant fokus, som kunde omfatta både samverkan inom avdelningen och samverkan mellan olika verksamheter. Samtidigt påpekade de att den pågående omorganisationen med indragning av resurser och omsättning av chefstjänster kunde utgöra ett hinder för forskningsprojektet. Detta bekräftades även av representanter för sjukhusledningen.

Kartläggning av CUU-projektet

I slutet av 2004 gjorde jag en kartläggning av CUU-projektet tillsammans med olika deltagare i projektet (Olsson, 2005). Syftet var att undersöka om projektets mål, samt de planerade resurserna och aktiviteterna var realistiska, rimliga och möjliga att genomföra. Det fanns även ett annat syfte, som handlade om att jag skulle kunna skapa en utgångspunkt ("baseline") för forskningsprojektet, det vill säga grundläggande kunskaper om CUU-projektets uppbyggnad, samt att etablera kontakter och skapa relationer till deltagarna.

Kartläggningen gjordes utefter en logisk modell för utvärdering (Julian, Jones & Deyo 1995), som innebar att sätta in projektet i ett större sammanhang genom att studera förutsättningar, aktiviteter, kortsiktiga och långsiktiga resultat. Materialet till kartläggningen genererades från

ett flertal observationer, dialoger och intervjuer med personal, ledning, studenter och patienter på närsjukvårdsavdelningen under hösten 2004, samt från studier av olika dokument som exempelvis projektplanen (Region Skåne, 2003c). Kartläggningen skulle kunna användas som underlag för en dialog kring en vidare utveckling av projektet och förslag om hur det skulle kunna utvärderas. Den skulle också kunna fungera som ett underlag för planeringen av den fortsatta verksamheten, till exempel hur forskningen och utvecklingsprojekt skulle kunna knytas samman.

Vid kartläggningen framkom följande uppgifter. Projektet hade två övergripande mål, dels att utveckla närsjukvård och dels att stödja utvecklingen av den verksamhetsförlagda utbildningen. Projektets mål för närsjukvårdsutvecklingen berörde både patienter och handläggningsrutiner. Patienterna skulle vid utskrivningen från slutenvård ”ha kunskap om sin sjukdom, och vara bekant med tidiga tecken på försämring samt hur man åtgärdar dessa”. Dessutom skulle de ”ha kunskap om vart man vänder sig med sina funderingar kring hälsa/sjukdom – veta vem i närsjukvården som är kontaktperson” (Region Skåne, 2003c, sid.2). När det gällde handläggningsrutiner var målet att ”införa och utveckla närsjukvårdsgemensamma rutiner för handläggning av hela patientens vårdförlopp i samarbete med primärvård och kommuner” (Region Skåne, 2003c, sid.3). Målet om den verksamhetsförlagda utbildningen handlade om att avdelningen, som tidigare hade tagit emot sex studenter per termin från sjuksköterskeutbildningen, skulle utöka antalet och i fortsättningen ta emot 25 studenter per termin. Dessutom skulle pedagogiken för denna utbildning utvecklas.

Det tillfördes inga extra personalresurser till CUU-projektet, utan detta skulle bedrivas utifrån avdelningens befintliga personella resurser. Personalen bestod av 18 undersköterskor (varav tre arbetade natt) och 16 sjuksköterskor (varav fyra arbetade natt). Därutöver fanns andra professioner som läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och dietist, som bistod med sina respektive kompetenser. Det fanns även två kliniska adjunkter och en lektor från högskolan som extra resurser för avdelningen. Som stöd till projektet fanns dessutom en styrgrupp och en projektgrupp, samt närsjukvårdsutvecklingens lokala ledningsgrupp och så småningom även Högskolan Kristianstad genom att det blev ett aktionsforskningsprojekt.

Personalen vid avdelningen hade fått utbildning i dokumentation, eftersom det i början av projekttiden hade införts nya rutiner för detta. Dessutom hade dialogmöten enligt en så kallad

sexpunktsmodell introducerats. Detta innebar att vid problem inom vården, till exempel med samverkan, skulle berörd personal och arbetsledare träffas för att systematiskt gå igenom vad som hade hänt. Enligt sexpunktsmodellen ska detta göras genom en berättelse, en frågestund, ett gemensamt utforskande av mönster, alternativ och förslag till förändringar, samt en kvittens från mottagarna av förslagen (Region Skåne, 2005c). Det fanns också en del andra utbildnings- och utvecklingsaktiviteter som var planerade men ännu inte var genomförda, till exempel utbildningsdagar för personalen omkring konceptet närsjukvård, att personal från de olika organisationerna skulle byta arbetsplats för en eller några dagar, att vårdplaner skulle göras tillsammans med patienter, samt att information till patienterna skulle utvecklas.

Vid kartläggningen framkom att det var oklart hur mycket som personalen på avdelningen kände till projektet. Många visste inte vad det innebar. De förändringar som skett inom avdelningen, samt den korta tiden från planering till start, påverkade troligen genomförandet av projektet. Personalens energi hade riktats framför allt mot att hantera förändringarna inom avdelningen. Det fanns också en otydlighet både i frågan om vilka mål som skulle uppnås med projektet och hur detta skulle ske. Syftet med att utveckla samverkan var inte konkretiserat, till exempel vilka som skulle samverka, omkring vad och med vilken strategi. Kartläggningen utmynnade i rekommendationer om att CUU-projektet skulle förtydligas och utvecklas ytterligare gemensamt med representanter för olika intressenter, samt att de båda övergripande målen för projektet skulle särskiljas eftersom de riktade sig mot olika intressentgrupper. Deltagarna i projektet beslöt därför att hålla isär de båda projektmålen i den fortsatta utvecklingen. Kartläggningen återfinns i Bilaga 2.

Forskningsprojektet startar

CUU-projektet hade varit igång som ett utvecklingsprojekt i cirka ett och ett halvt år innan det även blev ett aktionsforskningsprojekt. Planeringen av detta projekt gjordes under våren 2003 och det startade under hösten samma år. Det var med andra ord ungefär ett halvår mellan projektplaneringen och projektstarten, vilket upplevdes som en kort tid av deltagarna. Under denna tid hade det dock skett flera förändringar inom avdelningen. Framför allt handlade det om personalförändringar. Både den tidigare enhetschefen för den medicinska avdelningen och projektledaren för CUU-projektet hade slutat sina anställningar. En omorganisation av avdelningen hade genomförts och denna omorganisation hade bland annat inneburit att vårdpersonal hade bytts ut. Dessutom hade avdelningen slagits samman med en annan

avdelning och bytt lokaler. Under en period hade också frågan varit uppe om projektet kanske skulle flyttas till en annan avdelning inom sjukhuset. Samtidigt genomfördes stora ekonomiska nedskärningar inom regionen, som även drabbade Hässleholms sjukhus.

Vid ett avdelningsmöte i juni 2005 träffade jag personalen på avdelningen återigen för att knyta samman CUU-projektet och aktionsforskningsprojektet. Vi talade om att forskningens syfte skulle kunna vara att beskriva olika initiativ och aktiviteter som tas inom utvecklingsprojektet. Ett annat syfte skulle kunna vara att identifiera olika arenor för samverkan och beskriva vad som skedde vid dessa. Vi diskuterade även forskningsmetoder. Deltagarna sa att de hade svårt att få ihop tid till att ingå i speciella forskningsgrupper och även att delta i inbokade intervjuer. Vi kom överens om att jag skulle boka lämpliga dagar på avdelningen då jag kunde genomföra deltagande observationer med dialoger och intervjuer med de deltagare som för tillfället hade möjlighet. Vi kom också överens om att det först kunde vara lämpligt för mig att granska olika dokument som rörde utvecklingsarbetet.

Samverkan utifrån kommunens perspektiv

Eftersom studiens arena för samverkan i utgångspunkten var sjukhuset, kompletterades bilden av samverkansprocessen genom en intervju med en enhetschef från kommunen, Carin Carlsson. Det var egentligen Carin som kontaktade mig eftersom hon bad om att få bli delaktig i studien. Då hon kontaktade mig blev hon tillfrågad om hon även ville vara med i den strategigrupp som Örjan Öhrn och jag höll på att bilda, den så kallade SAMU-gruppen, vilket hon ställde sig positiv till. Intervjun genomfördes i september 2005 i ett kommunalt äldreboende där hon var enhetschef. Carin visade mig runt i lokalerna och berättade om sina upplevelser av och sin uppfattning om samverkansprocessen. De följande citaten återger delar av denna intervju som handlar om närsjukvård och samverkan samt om utvecklingsarbetet.

– *”Det är svårt att säga vad närsjukvård är. För mig är det att vi har förståelse för varandras världar, en bra kommunikation och rutiner som gör att det fungerar. Att vi sätter patienten i centrum, att de inte ska ligga åtta timmar på akuten för att personalen har missat dem”.*

– *”Samverkansproblemen handlar om kunskapsbrist, bristande information och att sjukhuset skriver ut patienter för tidigt. Sjukhuset har hållit på att omorganisera hela*

våren, så jag förstår om sjuksköterskorna där har mycket att göra och är trötta. Sjukhuset har dragit ner på antalet vårdplatser och skriver därför ut patienterna för tidigt så att de hamnar på kommunala vårdboenden som inte har de resurser som krävs för dessa patienter. Personalen inom sjukhuset kan ibland undanhålla information om hur sjuka patienterna är. Resultatet blir att patienter slussas mellan region och kommun flera gånger och det händer att de får vänta i åtta timmar på akuten. Det skulle vara bra om vi hade en kommunikation med läkarna och vid behov kunde få in patienter på avdelningen igen. Vid samverkansproblem ska vi och regionen fylla i avvikelserapporter, som sedan ska skickas mellan oss och behandlas. Vi fyller i dem, men ingen bryr sig om vad som har skrivits. Ibland orkar man inte skriva dem. För något år sedan kändes det som om det var en utveckling av samverkan på gång mellan oss, men nu tycker jag att det inte är det längre”.

– ”Regionen har hållit på drygt ett år med utvecklingsarbetet om närsjukvård och samverkan. Det är regionen som ensidigt styr det. Vi får många patienter från avdelningen, men vår samverkan har inte utvecklats. Det är samma problem som det har varit sedan flera år tillbaka. Vi har haft kontakter till exempel genom dialogmöten och de har sagt att de skulle ändra på saker, men det har inte skett någon förändring. Vi får ingen feedback från regionen. Vårdprocessmodellerna är säkert jättebra, men de tar tid att införa. Ofta är förändringar kortsiktiga och förutsättningarna ändras hela tiden. Vi får inte göra något färdigt eller utvärdera, vilket gör att vi tappar kunskap”.

– ”Det har inte varit någon kommunikation om utvecklingsarbetet med dem som arbetar på golvet. Fotfolket från båda organisationerna har möten två gånger per termin. Jag vet inte vad de pratar om, men jag tror inte att deras problembeskrivningar förs vidare. Vi behöver komma till tals med varandra, kommunen och regionen. Men när man arrangerar sådana möten kommer det mest folk från regionen. Trots att kommunen är den största vårdgivaren känner vi ibland att regionen är storebror till kommunen”.

Sammanfattningsvis uppgav Carin Carlsson att hälso- och sjukvården präglades av ekonomiska åtstramningar, samt att de olika organisationerna i första hand fokuserade på att hålla sin egen budget. Det innebar att detta gick före övergripande mål som att se till patientens bästa. Vidare uppgav hon att samverkan mellan kommunen och regionen präglades av bristande kommunikation och att de åsidosatte varandra, samt att samverkansprocessen

som hade inletts styrdes ensidigt av regionledningen. Carin blev sedermera delaktig i samverkansprocessen genom att delta i SAMU-gruppen. Hon och några andra aktörer från kommunen återkommer därmed också i den processbeskrivning som följer i nästa kapitel.

Samverkan utifrån primärvårdens perspektiv

Det var flera aktörer från primärvårdens KVH-enhet som var aktiva deltagare i den studerade samverkansprocessen. De följande citaten är hämtade från en intervju och dialog med två arbetsledare därifrån, Inga Isaksson och Birgit Bengtsson. Mötet med dessa föranleddes av att Inga hade framfört att KVH arbetar med liknande interventioner som SAMU-gruppen hade för avsikt att göra. Vi kom överens om att samordna detta genom att tillsätta en representant från KVH i SAMU-gruppen. Birgit blev denna representant. Inga hade tidigare varit delaktig i pilotprojekten som utvecklade olika vårdprocesser och hade därmed kunskaper om hur samverkansprocessen hade initierats. Mötet genomfördes i oktober 2005 i Birgits rum i KVH:s lokaler. Inga och Birgit berättade följande:

– ”Närsjukvård innebär vård på patientens villkor, vård utifrån patientens behov oavsett organisation. Det innebär ett teamarbete kring patienten. Det handlar om vilja, fantasi och tydlighet. Patienten ska inte märka om du tillhör hemtjänsten, KVH, eller annat. Det handlar om tydlighet och hur vi underlättar för varandra. Patienten ska gå in genom en dörr. Det handlar om att personalen ska ta reda på saker, det jag inte vet som personal ska jag ringa och fråga om. Det ska vara en kontaktperson för patienten. Det förutsätter trygghet och tydlighet om vem som gör vad. Vi ska hjälpas åt. Vi har lång erfarenhet inom KVH av att arbeta enligt närsjukvårdens arbetssätt”.

– ”KVH samverkar med sex kommuner. Vi servar kommunerna med utbildning och förändringsstöd och vår verksamhet får stöd i form av hemtjänst från kommunerna. Det fungerar olika i de olika kommunerna”.

– ”I inledningsskedet av utvecklingsarbetet med närsjukvård och samverkan startades tre pilotprojekt som utvecklade var sin vårdprocess under ett och ett halvt till två år. Grupperna arbetade med verkliga patientfall och bjöd in personal som var berörda av de aktuella fallen till grupperna. Samarbetet fungerade ganska bra. Det fanns en observatör som undersökte hur gruppen resonerade och om det fanns något mönster. Vi gjorde även

så kallade genomlysningar och djupintervjuade personal inom vårdcentralerna och närsjukvårdsavdelningen. Intervjuerna stämde med observationerna, mönstret återkom. När pilotprojekten om vårdprocesserna började ta slut, frågade de sig hur de skulle gå vidare. Det fanns planer på att stötta verksamheterna för att få en fortsättning på utvecklingen, men det har inte utvecklats. Stödet skulle bygga på samordnad vårdplanering”.

– ”Resultatet från pilotprojektet har presenterats för personal inom olika områden vid ett tillfälle i våras. Tanken var att presentationen skulle leda till att de olika verksamheterna skulle ta sig an dessa erfarenheter och kunskaper och påbörja ett förändringsarbete, det vill säga implementera de slutsatser som vårdprocessprojektet hade kommit fram till. Hur detta har förverkligats är till stor del en ledarskapsfråga. Ledarna ska se till att det implementeras på golvet. Arbetet med vårdprocesserna måste tas tillvara, verksamheter kan inte göra om samma saker och starta från noll. Istället kan man ta till sig dessa kunskaper och starta lite längre fram. Man kan inte uppfinna hjulet varje gång”.

Representanterna från KVH var väl insatta i närsjukvårdsutvecklingen och den pågående samverkansprocessen. De betonade vikten av att fortsätta utvecklingsarbetet som det hade börjat och att ta till vara på det som hade arbetats fram i pilotprojekten.

Sammanfattande reflektioner

Närsjukvården och utvecklingen av samverkan var inte förankrad hos personalgruppen på avdelningen och inte heller inom den kommunala hemtjänsten. Alla aktörerna som jag träffade påtalade dock vikten av att utveckla samverkan och påpekade flera rådande brister. Arbetsledarna inom primärvårdens KVH-enhet framhöll dessutom vikten av att fortsätta utvecklingsarbetet genom att ta tillvara på kunskaperna om vårdprocesser som hade utvecklats inom de tidigare pilotprojekten.

Det fanns flera problem och utmaningar i den initiala delen av aktionsforskningsprojektet, till exempel att aktörerna som jag hade inlett förhandlingar med slutade sina tjänster, att ledningen inom sjukhuset ville flytta projektet till en annan avdelning, samt att det dröjde så länge innan jag fick träffa personalen i grupp på närsjukvårdsavdelningen. Kartläggningen innebar att jag skapade kontakter och kunde ge något tillbaka till verksamhetsfältet. Min

upplevelse var att vid återföringen av kartläggningen till projektledningen blev jag mer accepterad av dem som en deltagare. Vid det andra mötet med personalen på avdelningen kom vi överens om formerna för projektet, dess syfte och metoderna som skulle användas för att generera det empiriska materialet för studien.

KAPITEL VII

SAMVERKANSPROCESSEN

Samverkansprocessens struktur

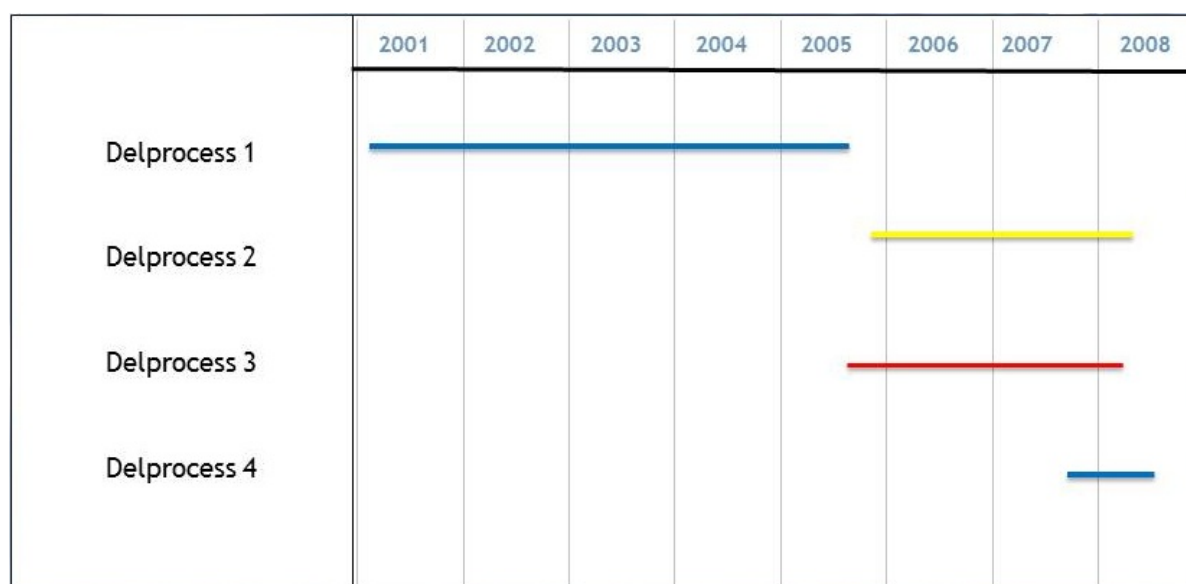
Den studerade samverkansprocessen omfattar det händelseförlopp som utspelade sig efter att idén om att utveckla närsjukvård i Region Skåne hade formulerats. Beskrivningen av denna process skildrar händelser som skedde och som antas ha berört och påverkat ambitionen att utveckla samverkan. Samverkansprocessen har i denna skildring delats upp i fyra delprocesser, där varje delprocess innehåller en eller flera aktiviteter som på olika sätt har påverkat utvecklingen av samverkansprocessen.

Den första delprocessen handlar om hur utvecklingsarbetet initierades av den politiska och administrativa ledningen inom regionen, samt vilka förutsättningar som fanns för att genomföra detta på den operativa nivån inom hälso- och sjukvården i Hässleholm. Denna process involverade både politiker, administrativa chefer på olika nivåer och vårdpersonal. Den andra och den tredje processen pågick parallellt med varandra men på olika platser och de utgör båda en fortsättning på delprocess ett. Båda dessa delprocesser handlar om hur det fortsatta utvecklingsarbetet påverkades av att det samtidigt också var föremål för aktionsforskning. Den andra delprocessen utspelades huvudsakligen inom närsjukvårdsavdelningen vid Hässleholms sjukhus och handlar om utvecklingsarbetet på avdelningen. Den involverade administrativa chefer och vårdpersonal på avdelningen. Den tredje processen handlar om ledningen av utvecklingsarbetet och utspelades framför allt inom styrgruppen och SAMU-gruppen. Båda dessa grupper bestod av chefer och företrädare för olika yrkesgrupper inom sjukhuset, primärvårdens KVH-enhet och Hässleholms kommun. Dessutom ingick jag som aktionsforskare i båda dessa grupper. Den fjärde delprocessen, slutligen, handlar om hur utvecklingsarbetet avslutades. Den utspelade sig endast inom styrgruppen.

Varje delprocess skildrar ett händelseförlopp där nya aktiviteter uppstår inom ramen för den pågående utvecklingen av samverkan. Aktiviteterna i delprocesserna har delats in i tre moment: beslut, planering och genomförande. Dessa moment kom inte alltid i denna ordning utan kunde ibland pågå samtidigt och parallellt. Exempelvis utvecklades olika vårdprocesser

under 2003 samtidigt som planeringen av närsjukvårdsutvecklingen påbörjades och beslutprocessen fortfarande pågick. Beslutet om att utveckla närsjukvård fattades först 2004. Av pedagogiska skäl kommer dock de olika momenten att skildras i den ovan nämnda turordningen, det vill säga först beslut, sedan planering och därefter genomförande. Beskrivningen följer en kronologisk struktur, men vid övergången från en delprocess till en annan eller mellan olika moment kan det hända att tiden skruvas tillbaka något, vilket då har angivits i texten. Den sista delprocessen består bara av ett beslutsmoment, men detta innebar samtidigt både ett planerings- och ett genomförandemoment.

Beskrivningen av de olika delprocesserna och deras olika moment görs med utgångspunkt från de olika arenor där de ägde rum eller de organisatoriska enheter och nivåer som var närmast berörda. Valet av centrum för beskrivningen vid ett visst tillfälle bestämdes även av det faktum att jag som forskare inte kunde befinna mig på mer än ett ställe i taget. Processbeskrivningen har därför vissa luckor och det finns säkerligen fler händelser som också har varit betydelsefulla för processen. Luckorna har delvis fyllts igen genom olika rekonstruktioner i efterhand, baserade på kompletterande intervjuer. Den följande figuren visar hur de olika delprocesserna tidsmässigt är relaterade till varandra.



Figur 10: Den tidsmässiga relationen mellan de olika delprocesserna.

Delprocess 1: Initieringen av utvecklingsarbetet

Den första delprocessen handlar om hur utvecklingen av närsjukvård och samverkan initierades av den politiska och administrativa ledningen inom Region Skåne och vilka förutsättningar som fanns för att genomföra detta på den operativa nivån inom hälso- och sjukvården i Hässleholm. Denna process utspelades på olika arenor och på olika nivåer inom regionen och inom Hässleholms sjukhus.

Beslut

Den centrala händelsen i beslutsfasen av den första delprocessen var det formella politiska beslut som fattades av Region Skåne och Kommunförbundet Skåne 2004 om att utveckla närsjukvård genom samverkan. Politikerna från regionen och de olika kommunerna hade mandat att fatta detta beslut på den övergripande nivå som närsjukvårdsutvecklingen innebar. Det kommunala självstyret som är reglerat i Kommunallagen (SFS1991:900) ger de svenska landstingen/regionerna och kommunerna rätt att själva besluta om insatser och hur resurser ska fördelas. Processen hade emellertid börjat flera år tidigare. I uppdragsbeskrivningen för Skånsk livskraft – vård och hälsa från 2001 beskrevs närsjukvård på följande sätt:

”Närsjukvården står för grundtryggheten i hälso- och sjukvården. Med närsjukvård menas den vård som kan erbjudas nära medborgaren och som ger adekvat hälso- och sjukvård. Alla regioninvånare skall erbjudas en god närsjukvård. En grundläggande utgångspunkt är att den skall utgå från ett patientperspektiv där ökad tillgänglighet med omhändertagande i patientens miljö är en central komponent” (Region Skåne, 2001a, sid.7).

I uppdragsbeskrivningen framkom att utveckling av närsjukvård innebär att ”beakta vårdprocesser och analysera vilken vårdenhet som gör vad, baserat på ett patientperspektiv samt ett kostnadsoptimeringsperspektiv”. Närsjukvården ska enligt denna beskrivning utgöra basen i hälso- och sjukvården och kunna tillgodose huvuddelen av de vardagliga sjukvårdsbehoven för att på så sätt ”minimera belastningen på sjukvården av banala åkommor” (Region Skåne, 2001a, sid.7). I ett annat dokument från regionfullmäktige påpekades att närsjukvården ska präglas av tillgänglighet och kvalitet. Dessutom ska närsjukvården medverka till att stärka det hälsofrämjande arbetet (Region Skåne, 2003a).

Hälso- och sjukvårdsdirektören i regionen skrev 2001 i ett regionalt nyhetsblad att förändringsarbetet inte skulle vara ett projekt bland många andra utan att det var unikt och att närsjukvården skulle ge en större grundtrygghet för patienterna (Region Skåne, 2001b). I uppdragsbeskrivningen från den politiska styrgruppen framgick att genomförandet av Skånsk livskraft – vård och hälsa var ”det i särklass största förändringsarbetet någonsin i den skånska hälso- och sjukvården” (Region Skåne & Kommunförbundet Skåne, 2003, sid.3). I en utredningsrapport om närsjukvård fanns också en undersökning där 11 verksamhetschefer från det internmedicinska verksamhetsområdet hade intervjuats och där slutsatsen var att ”alla är mycket positiva till hur man uppfattar närsjukvård” (Region Skåne, 2003a, sid.6).

I andra dokument från 2003 framgår att bakgrunden till beslutet att utveckla närsjukvård även handlade om en allt mer åldrande befolkning, ekonomisk obalans inom vården, samt att organisationen av hälso- och sjukvården inte hade anpassats till de stora framsteg som gjorts inom den medicinska och tekniska utvecklingen. Det handlade om bristande samband mellan olika funktioner, underutvecklad samverkan mellan vårdaktörerna, samt brister i helhetssyn och i det förebyggande hälsoarbetet. Problemen berörde hälso- och sjukvården generellt, men i synnerhet den vård som inte innefattades i den specialiserade vården. Regionen hävdade att det krävdes en förändring av hälso- och sjukvårdens grundstruktur (Region Skåne, 2003b). Enligt regionen var dock Skånsk livskraft – vård och hälsa ”inte i första hand en organisationsförändring, utan handlar om vårt sätt att samarbeta och utgår ifrån kärnan i verksamheten: mötet med patienten” (Region Skåne, 2003b, sid.4).

I ett dokument från den politiska styrgruppen för Skånsk livskraft – vård och hälsa beskrevs utvecklingen av närsjukvården på följande sätt:

”Den framtida närsjukvården utgår ifrån medborgarens behov. Den vård många behöver ofta och kanske under längre perioder skall finnas nära människor. För patienten skall den vara välkomnande, lätt tillgänglig, erbjuda delaktighet och ha en helhetssyn på den enskildes behov” (Region Skåne, 2004a, sid.3).

Den politiska ledningen framhöll att det var viktigt att vara eniga. I ett dokument från styrgruppen för utvecklingsarbetet framgår att det var en viktig uppgift i utvecklingen av närsjukvård att skapa en samsyn kring gemensamma strategier (Region Skåne, 2002). I uppdragsdokumentet från den politiska styrgruppen för Skånsk livskraft – vård och hälsa

betonas att det krävs en gemensam grundsyn och ett gemensamt agerande hos såväl Region Skåne som Skånes 33 kommuner för att nå ett lyckat resultat av utvecklingsarbetet (Region Skåne & Kommunförbundet Skåne, 2003). Samverkan är därför centralt för utvecklingen av närsjukvård. Av ett dokument från regionfullmäktige framgår att ”närsjukvården bygger på ett integrerat arbetssätt mellan olika kompetenser där nya samverkansformer utvecklas. Endast genom samverkan uppnås målet...” (Region Skåne, 2004a, sid.3).

Vid en intervju i mars 2009 med, en socialdemokratisk regionpolitiker, berättade han följande om beslutet och utvecklingen av närsjukvård:

– *”De politiska blocken var eniga i beslutet om Skånsk livskraft – vård och hälsa som fattades 2004. Vid beslutet startade vi fem distriktsnämnder under hälso- och sjukvårdsnämnden. Detta var bara början på förändringsprocessen. Nästa steg är det som sker nu (2009), genomförandet av hälsovalet.”*

– *”Ett av våra mål var att närsjukvården skulle omfatta 80 % av den totala sjukvården. Detta skulle ske genom att stora delar av sjukvårdens personal, bland andra läkare och barnmorskor, skulle föras ut till vårdcentralerna. Ambitionen var att vårdcentralerna skulle ha kvällsöppet för att utöka sin kapacitet. Vi ville också ha en del direkta inläggningar av gamla till sjukhus, så att vårdcentraler kunde ringa dit direkt. Alla säger att det ska vara lika vård men det är omöjligt. En förändring är att förr kunde de privata vårdgivarna skriva ut hur dyra mediciner som helst och skicka räkningen till regionen, men nu får de ta detta ekonomiska ansvar själv, de får betalningsansvar”.*

– *”Det var en tung process att förändra. Det var ett problem vid införandet av närsjukvården, att vi kom uppifrån och bestämde. Vi berättade vad de skulle göra. Det fanns till och med en bok om direktstyrning. Det blev ett starkt motstånd från personalen. De vägrade att ha kvällsöppet och de tog bort skyltarna. Men det var en ledningsfråga att få det att fungera. Ledningen tillät personalen att göra så”.*

– *”När de borgliga tog över makten i regionen plockade de bort distriktsnämnderna, vilket kostade mycket lidande och även fick ekonomiska konsekvenser. Vi kan inte hålla på så här... att ändra hela tiden. De borgerliga vill privatisera till varje pris och de gör förändringar utan veta konsekvenserna. Just nu skär de ner gigantiskt i vården”.*

Vid en intervju 2008 med en regionpolitiker från det borgliga blocket, framkom följande om beslutet om och utvecklingen av närsjukvård:

– *”Beslutet om närsjukvården i Skåne har skett i politisk enighet. Det som skrevs 2004 om vad närsjukvård innebar kom från det som skrevs vid regionsammanslagningen.*

Närsjukvård är en vision som är abstrakt, men det fanns exempel på patienter som smidigt togs om hand i en process inom vården. Jag brukar säga att det ska vara en sömlös vård, där patienten inte känner av övergången från en instans till en annan. Det är också en ekonomisk verklighet med närsjukvård. Vårdprocesserna ska utvecklas så att vården blir så effektiv som möjligt ekonomiskt och så bra som möjligt för patienten. Utvecklingen av vårdprocesser ska innebära att patienterna hamnar på rätt instans och att personalen inte gör fel saker. Jag har ett bra exempel om vårtor, där information om egenvård skickades hem till patienter som stod i kö för vård av sina vårtor och om de inte lyckades själva så skulle de höra av sig igen. Det reducerade kön oerhört mycket”.

– *”Utvecklingen av närsjukvården startade redan vid regionsammanslagningen. Det startades då ett projekt, Vård Vision Skåne, som innebar att man tittade över vårdprocesser, vilket är själva ursprunget till närsjukvårdsutvecklingen. 2002 deltog cirka 8 000 medarbetare i utvecklingsarbetet om Skånsk livskraft – vård och hälsa. Även kommunerna deltog, men inte i lika hög grad eftersom de inte berördes av alla specialistgrenarna”.*

– *”2004 fattades beslutet om Skånsk livskraft – vård och hälsa. Socialdemokraterna regerade då i regionen. Det var en gemensam målbild av närsjukvård, men vi borgliga ville ha en tydligare vision av närsjukvården från början och kritiserade socialdemokraterna. Det var en konflikt mellan de politiska blocken om detta med tydlighet. Socialdemokraterna sa att närsjukvården skulle växa fram underifrån. Men regionen behöver en tydlig målbild om vad närsjukvård är. Det finns ingen klar definition, men vi arbetar på detta nu”.*

– *”Under åren 2004-2005 sattes det igång många projekt ute i verksamheterna, som syftade till att utveckla närsjukvård. Många av dem rann ut i sanden. Det fungerade bra*

på vissa ställen, men problemet var att utvecklingen spretade oerhört i Skåne. Kritik kom om att patienter fick olika vård, beroende på var de bodde. Vi måste ha likvärdighet”.

– ”När vi borgliga kom i majoritet 2006 tog vi ett nytt beslut för att få i gång processen som hade stannat av. Vi lade ner distriktsnämnderna eftersom utvecklingen av närsjukvården spretade. Det var risk för att det skulle bli fem landsting istället för ett. Vi bildade ett nytt centralt politiskt organ och lade ner den lokala styrningen av sjukvården”.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det politiska beslutet om att utveckla närsjukvård genom samverkan fattades i samförstånd över partigränserna. Beslutet verkade också stödjas av den administrativa ledningen och den medicinska professionen.

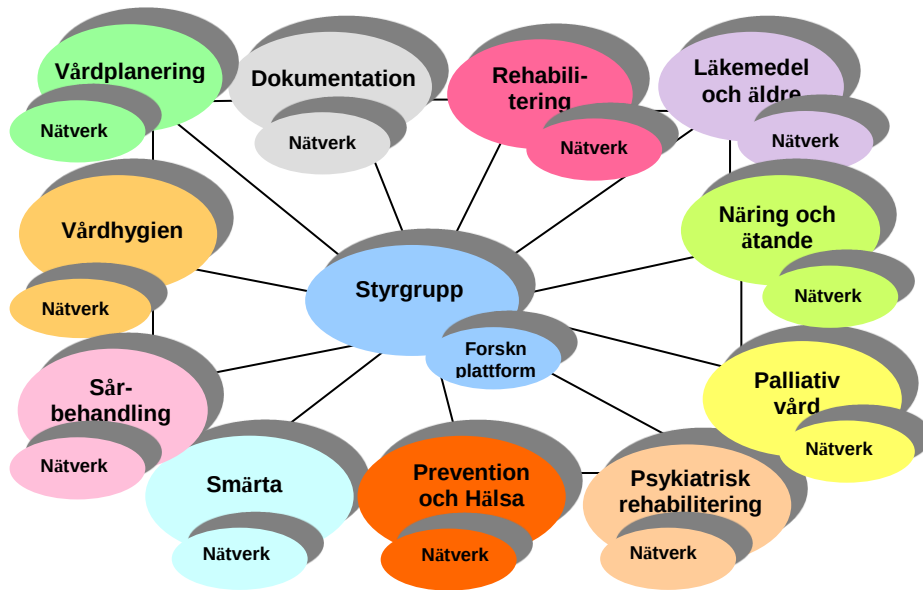
Planering

Den strategi för utveckling av närsjukvård genom samverkan som politikerna förespråkade innebar bland annat att lokala nätverk för forskning och utveckling (FoU) skulle etableras inom regionen. Dessa nätverk fick i uppdrag att utveckla olika vårdprocesser, samt att försöka skapa en samsyn omkring närsjukvården. De administrativa cheferna i regionen fick till uppgift att leda genomförandet av detta arbete (Region Skåne, 2002).

Ett lokalt nätverk för Närsjukvård Skåne Nordost etablerades 2002 och bestod inledningsvis av nio nätverksgrupper, men antalet grupper utökades efterhand (Region Skåne, 2008b). Varje grupp hade fokus på ett specifikt tema, till exempel vårdplanering, palliativ vård och dokumentation. Grupperna skulle utveckla kunskap om sitt specifika tema och sedan sprida detta till de olika verksamheterna. Deltagarna i nätverket var representanter från sjukhusen, primärvården och kommunerna i området. Det var chefer såväl som företrädare för olika professioner och yrkesgrupper. Arbetet leddes av en styrgrupp som bestod av en representant från var och en av de olika nätverksgrupperna samt en samordnare från regionen. Till styrgruppen knöts även forskningsplattformen för närsjukvård vid Högskolan Kristianstad.

Den följande figuren illustrerar nätverket som ett antal ovala ringar i en cirkel, där varje ring representerar en nätverksgrupp och ringen i mitten representerar styrgruppen.

FoU Nätverk Närsjukvård Skåne Nordost



Figur 11: Nätverk för forskning om och utveckling av närsjukvård genom samverkan (Region Skåne, 2005b).

Det övergripande syftet med nätverket var att stärka samverkan i hela vårdkedjan med fokus på vårdtagarens behov, samt att gemensamt verka för att utveckla och införa metoder som ligger i linje med forskning och beprövad erfarenhet. Nätverkets uppgift var att utveckla olika sammanhängande vårdprocesser utifrån den enskilda patientens behov, samt att genom ökad samverkan stärka möjligheterna till kompetensutveckling och kunskapsutbyte med fokus på vårdtagarens behov (Region Skåne, 2005b).

Styrgruppens samordnare utsåg deltagare till nätverksgrupperna och dessa fick benämningen experter. Det handlade om ”engagerade medarbetare från sjukhusvård, primärvård, kommunal vård och omsorg och Högskolan Kristianstad” (Region Skåne, 2005c, bild 10). En forskare har i sitt avhandlingsarbete följt utvecklingen av detta nätverk. Hon har beskrivit hur rekryteringen till nätverket skedde genom handplockning. Ledningen valde ut personer som de ansåg hade kunskap om och eller intresse för området, eller personer som bara var engagerade i största allmänhet. Hon har i detta sammanhang också anmärkt på ledningens syn när det gäller kunskapsspridning, det vill säga deras uppfattning om att utveckla kunskap i expertgrupper som sedan ska spridas ner till olika organisationer och verksamheter (Johansson, 2012).

Arbetet med att utveckla vårdprocesser startade 2003 som tre pilotprojekt (Region Skåne, 2005a). Involverade aktörer kom från sjukhuset, primärvården och tre av de sex kommunerna i närsjukvårdsområdet: Hässleholm, Osby och Perstorp. För pilotprojekten tillsattes tre multidisciplinära arbetsgrupper, bestående av chefer och företrädare för olika professioner och yrkesgrupper. Som tidigare nämnts fanns det ett pilotprojekt i varje kommun och varje projekt hade fokus på en specifik patientgrupp. Det handlade om patienter som drabbats av sår, stroke och hjärtsvikt. Syftet med projekten var att undersöka vilka svårigheter patienterna kunde uppleva då de blev slussade genom vårdapparaten olika instanser. Utifrån detta skulle grupperna sedan arbeta fram smidiga arbetsmodeller i form av vårdprocesser för sina specifika patientgrupper. Dessa vårdprocesser skulle sedan i nästa steg införas inom hela den Skånska hälso- och sjukvården.

”Som ett regionalt uppdrag startades ett pilotprojekt i Hässleholms, Osby och Perstorps kommuner under våren 2003. Syftet var att konkretisera och skaffa erfarenheter som skulle kunna ligga till grund för närsjukvårdsutvecklingen på regional nivå” (Region Skåne, 2005a, sid.3).

Samtidigt som pilotprojekten startade introducerade ledningen inom sjukhuset dialogmöten enligt den tidigare nämnda sexpunktsmodellen för att stödja utvecklingsarbetet.

Sexpunktsmodellen hade tidigare introducerats av en konsult som metod för att hantera problem inom regionen (Region Skåne, 2005c). Modellen innebar att när problem uppstod skulle berörd personal och arbetsledare träffas för att systematiskt gå igenom vad som hade hänt. En utgångspunkt för modellen var att deltagarna inte direkt skulle hamna i lösningar, utan att de skulle ställa sig frågan: – Vad kan jag bidra med för att det ska bli bättre?

Pilotprojekten pågick under ett och ett halvt till två år och regionens administrativa chefer presenterade och beskrev delresultatet i en rapport (Region Skåne, 2005a). I rapporten framgick att de tre pilotprojekten hade haft framgång och att det var två viktiga faktorer bakom denna framgång. Den första framgångsfaktorn handlade om att arbetet hade skett i tvärgrupper med deltagare både från olika huvudmän och från olika professioner. Den andra framgångsfaktorn var att de professionella hade varit delaktiga från början av utvecklingsarbetet. Båda framgångsfaktorerna handlade med andra ord om bred delaktighet.

”... att alla berörda aktörer har varit med i arbetet från början och att förändringsförslag och -idéer har kommit från dem som i sin vardag arbetar närmast patienten” (Region Skåne, 2005a, sid.8).

Av rapporten framgår att nästa steg i processen skulle innebära att vidareutveckla, sprida kunskap om och införa de utvecklade processmodellerna i ordinarie verksamhet, samt att utveckla fler vårdprocesser för andra diagnoser (Region Skåne, 2005a).

För att driva utvecklingen vidare arrangerade Hässleholms sjukhus flera informations- och utbildningsdagar om vårdprocesser för de anställda vid sjukhuset. Jag deltog vid ett av dessa tillfällen i juni 2005. Mötet ägde rum på ett kurhotell och det var uppskattningsvis cirka 100 deltagare närvarande denna dag. Den biträdande sjukhuschefen Fredrika Fransson hade en inledande presentation där följande framkom:

– *”Vi har gjort en genomlysning av verksamheten och en arbetsgrupp har kommit fram till förslag om förändringar i vårdarbetet. Förslaget går ut på att hälso- och sjukvården ska vara en linjeorganisation och vi ska börja arbeta med vårdprocesser. Det ska bli enheter inom sjukhuset som leds av enhetschefer. Kommunikationen mellan enheterna ska utvecklas. Det ska finnas en linjekoordinator, det vill säga en person som är ansvarig och ser till att lösa det praktiska. Det kommer också att finnas en teamutvecklingsgrupp, en problemlösningsgrupp i varje enhet, samt en schemabemanningsgrupp, men även olika tvärgrupper. Vi ska börja med att utveckla och implementera fem vårdprocesser, men fler kommer att utvecklas så småningom. Det ska finnas en processägare för varje vårdprocess. En processägare ska brinna för området och ha det yttersta ansvaret i första hand för innehållet men även för ekonomin. Det ska finnas en kontaktperson som ska sprida information. Ett mål med förändringarna är att ingen patient längre ska behöva ”hamna mellan stolarna”. Förändringarna ska genomföras under hösten och den nya organisationen ska börja gälla från och med den 1 september i år. Vi ber er nu att sätta er i grupper och diskutera förslaget, vad ni tycker är positivt och negativt och varför ni tycker så”.*

Jag följde med i en av grupperna. I gruppdiskussionen framfördes ett flertal kritiska synpunkter på förslaget, till exempel:

- *”Jag har inte varit med och tagit fram förslaget utan fick ta del av det först igår”.*
- *”Det är ett förvirrande förslag, till exempel är ansvarsområdena mycket oklara”.*
- *”Det ska bli väldigt många enhetschefer, tio stycken enligt förslaget”.*
- *”Jag kan inte urskilja närsjukvården och hur patienterna ska tas emot”.*
- *”Vart ska de multisjuka ta vägen bland alla vårdprocesserna?”*

Alla grupperna återsamlades sedan för att redovisa vad de hade diskuterat och kommit fram till. Det framkom då ytterligare kritik mot förslaget:

- *”Vi saknar primärvården och kommunerna i utvecklingsarbetet”.*
- *”Det är bra med processer, men problemet är att det saknas platser och resurser”.*
- *”Detta förslag gagnar varken patienterna eller vårdarbetet”.*

Sammanfattningsvis innebar den administrativa ledningens planering och strategi att utse expertgrupper som skulle utveckla kunskap om och modeller av olika vårdprocesser. Dessa modeller skulle sedan i nästa steg spridas och införas i verksamheten. Vårdpersonalen upplevde emellertid att de inte hade varit delaktiga i utvecklingsarbetet och de var också kritiska till de förändringar som planerades.

Genomförande

I augusti 2005 besökte jag på närsjukvårdsavdelningen under två dagar för att få kunskap om införandet av de utvecklade vårdprocesserna. Genom observationer, intervjuer och dialoger genererades ett empiriskt material som handlar om samverkan och närsjukvård, samt utvecklingsarbetet utifrån de olika aktörerna på avdelningen och deras perspektiv. Materialet har sorterats in under dessa tre rubriker och börjar med en beskrivning av samverkan, som ger en inblick i vad som skedde på avdelningen.

Samverkan

På närsjukvårdsavdelningen fanns både dagpersonal och nattpersonal, två arbetslag på natten och tre på dagen. Varje arbetslag ansvarade för patienter i specifika vådrum. Personalen tillhörde inte något specifikt arbetslag utan vid varje arbetspass kunde det variera i vilket arbetslag de arbetade. Det innebar att det även skiftade från dag till dag och vilka patienter som de vårdade. Det varierade också vilka läkare som arbetade och gick rond på avdelningen.

Det fanns viss struktur för samverkan. Företrädare för primärvårdens KVH-enhet besökte avdelningen en gång i veckan, avdelningen hade daglig kontakt med sjukhusets akutavdelning, samt med olika kommuner i samband med hjälpmedel. Det fanns också en grupp med representanter från både kommunerna och regionen som träffades två gånger om året. Det fanns också kuratorer som kontaktades vid behov. Avvikelserapportering var ett system som innebar att när ett problem eller ett fel uppstod skulle personalen skicka en rapport till alla inblandade för att detta skulle åtgärdas.

Samordnad vårdplanering (SVP) var en modell som användes då patienter skulle skrivas ut från sjukhuset, men behövde fortsatt vård och omsorg från sin kommun eller från primärvården. ”Syftet med en samordnad vårdplan är att alla berörda enheter ska vara överens om vilka insatser som ska göras och vem som har ansvaret för respektive insats” (Region Skåne, 2004b, sid.8). Det fanns upparbetade mallar för hur SVP skulle genomföras. En informationsbroschyr med titeln *Samordnad vårdplanering – i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne* (Region Skåne, 2004b) innehöll sex formulär som skulle fyllas i vid vårdplaneringen. Det var läkare inom den slutna vården som skulle bedöma om en patient kunde skrivas ut från sjukhuset och om han eller hon behövde fortsatta insatser.

Klockan 06.30 ersattes nattpersonalen av dagpersonalen. De träffades i ett litet inglasat rum, där nattpersonalen överlämnade information till dagpersonalen. Jag följde med ett arbetslag som bestod av en sjuksköterska och två undersköterskor. Just denna dag var det en undersköterska mer än vanligt. Alla tre gick tillsammans till ett vård rum med fyra patienter som låg i var sin säng. Undersköterskorna hjälptes åt med att väcka patienterna och de arbetade smidigt tillsammans. Sjuksköterskan Lena Larsson talade med en av patienterna. Hon ställde en fråga och bad patienten välja mellan två alternativ. Patienten svarade med

barsk ton: – *”Det ska du veta!”* En annan patient utropade gång på gång: – *”Hjälp mig...”*
Lena tröstade och svarade att hon skulle hjälpa henne.

Jag gick fram till en av patienterna i rummet och presenterade mig och forskningsprojektet. Hon berättade att det var svårt med alla indragningar som hade skett och att samverkan inte fungerade inom vården. Hon berättade vidare att hennes man hade färdats med taxi mellan olika vårdinrättningar och blivit lämnad i en foajé utan medicinsk behandling som han var beroende av.

– *”Jag tycker inte han skulle behöva åka taxi. Tänk om han får problem under färden... Det fanns ingen behandling att ge i taxin. Han kunde väl få ambulans, han var ju jättedålig. Tur att jag var där och tänk om jag inte hade varit där...”*

Hon fortsatte att berätta hur hon själv hade blivit skickad runt i vården, vilket hon upplevde som mycket svårt:

– *”Jag har jobbat inom vården själv. Det är svårt att bli skickad runt hela tiden. Här i Hässleholms sjukhus finns ju allt, men jag bli skickad till Kristianstad och till Lund. De gör det för att de drar in. Men det är dyrt att åka runt och att bli skickad”.*

Lena Larsson berättade för mig att två patienter skulle skickas hem under dagen. En av dem behövde fortsatt vård och omsorg efter utskrivningen. De hade haft vårdplanering för henne, men Lena hade inte kunnat närvara. Hennes kolleger hade berättat att det framkommit väldigt lite information vid vårdplaneringen, det var till exempel oklart vilka kommunala insatser som patienten hade beviljats. Lena ringde därför till patientens make för att få kompletterande information. Hon kontaktade också andra avdelningar vid sjukhuset, såsom dialysavdelningen. Ansvar för patienten skulle lämnas över till primärvården och kommunen, men det var problematiskt att få kontakt med de andra vårdgivarna.

– *”Jag har inte fått tag i dem än. Jag måste få fatt i dem. Hemhjälp kommer kl. 12.00 hem till patienten. Jag har inte distriktssköterskans aktuella telefonnummer. Jag började ringa i går eftermiddag. Det är fortfarande oklart vilket boende patienten ska få. Telefonnumret som jag har till distriktssköterskan går hem till en privatperson, det är inte aktuellt. Det är inte så mycket samarbete mellan distriktssköterskan och hemtjänsten. Jag*

måste därför ringa både till distriktssköterskan och till biståndshandläggaren. Och så behöver jag ringa till de anhöriga. De vill att vi ska hämta medicin på apoteket också, men det hinner vi inte. Vi måste vänta i kön där som alla andra”.

Lena fick slutligen kontakt med distriktssköterskan. Hon informerade om patienten, om hennes mat, medicin, hälsa, aktivitetsförmåga (ADL), att hon skulle ha hemtjänst, när hon skulle komma hem, samt att maken väntade på henne hemma.

Lena berättade att det hade kommit förslag om särskilt boende för patienten, men att maken hade motsatt sig det. En dotter till patienten hade haft synpunkter på att hennes mamma skulle åka hem. Hon tyckte att mamman var för yr och hade ifrågasatt medicineringen. Lena berättade att det även hände att anhöriga och patient inte var överens omkring vårdplaneringarna.

– ”Anhöriga kan ofta ändra sig på vägen. De kan först säga att patienten ska hem men i sista sekund säger de – Nej, jag klarar inte detta! Då förlängs vårdtiden här. Det är inte sällan att det händer. Det är inte lätt med anhöriga...”

Enligt Lenas uppfattning fanns det en bristande kontinuitet som försvårade arbetet inom vården. Hon tyckte därför att det skulle vara bra att utveckla samverkan och kontinuitet:

– ”Det inga ordentliga läkarlistor, de fungerar inte. Men det är bra med att utveckla samverkan. Här är olika läkare varje vecka. Hela medicinklinikens läkare är här. Vi har en läkare fast, men hon är aldrig här och de sätter inte in någon ersättare. Det behövs några som kontinuerligt är här. Men nej, det är ständigt nya. De nya läkarna ändrar de gamla läkarnas planering. Det ändras också vem som går rond. Det blir ingen kontinuitet för patienten. Vi är tre grupper på dagen och två grupper på natten. Vi skiftar vilken grupp vi jobbar i hela tiden samt vilka rum vi arbetar på. Vi försöker behålla samma i två dagar men det går inte eftersom personalen inte räcker till för det”.

Lena berättade att en patient eventuellt skulle skickas hem under dagen. Hon var dock osäker, eftersom de hade varit oeniga vid vårdplaneringen:

– *”Vi har haft vårdplanering, men det blev inget beslut där, de var oeniga. Anhöriga ville ha eget boende, men hemvården sa nej, eftersom hon behöver bara lite tillsyn. Biståndshandläggaren kommer att berätta vilket beslut som fattas”.*

Jag gick runt på avdelningen och träffade personal som arbetade i de andra arbetslagen. Det hade inkommit en rapport om en patient från Lund som de skulle ta emot. En biståndshandläggare från en kommun ringde och meddelade att patienten hade beviljats korttidsboende. Hon och en av sjuksköterskorna på avdelningen, Nora Nicklasson, kom överens om tider och arbetsfördelning. Nora förberedde ett kuvert med epikris och medicin som patienten skulle ha med sig vid överflyttningen. Hon berättade att det snart kommer in nya patienter: – *”Så fort patienter lämnat avdelningen så kommer det nya, mest från akuten”.*

Det kom in en taxichaufför på avdelningen för att hämta en utskriven patient. Lena Larsson sa – *”Hej då”* till patienten, men denne svarade inte utan vände på huvudet och såg bort. Taxichauffören svarade – *”Hej då”* och rullade ut sängen med patienten.

En sjukgymnast, Stina Svensson, kom in på avdelningen och samtalade med Nora Nicklasson. De kom överens om arbetsfördelningen kring en specifik patient. De berättade för mig att samverkan fungerade bra inom sjukhuset. Det kom även en arbetsterapeut, Monica Mattsson, till avdelningen. Hon och en av de andra sjuksköterskorna gick igenom vilka patienter som fanns på avdelningen och vilka insatser som skulle göras. Monica berättade att hon också hade en daglig samverkan med den kommunala hemtjänsten, men att det var väldigt olika hur det fungerade i de olika kommunerna. Flera i personalen berättade att de tyckte att det var svårt att samverka, till exempel i samband med vårdplanering. De berättade bland annat om anhöriga som ville anmäla sjukhuset, samt om en patient som hade två läkare som båda oberoende av varandra skrev ut medicin till patienten som på så sätt fick dubbel dos av medicin.

Jag var med vid en sittrond. Närvarande var en läkare, två underläkare och en sjuksköterska. Underläkarna satt och tittade in i varsin dataskärm och hade en dialog om vem som skulle ge en spruta till en patient som skulle skrivas ut. Läkaren avslutade diskussionen genom att besluta följande: – *”Ta hit patienten annars blir det för många nya!”*

Gruppen gick sedan rond, då de träffade patienterna på avdelningen. När de kom fram till patienten som de nyss hade diskuterat, utspann sig följande konversation mellan läkaren, patienten, sjuksköterskan och en av underläkarna:

Läkaren: – *”Kan du ta sprutan själv?”*

Patienten: – *” Nej det kan jag inte ”.*

Läkaren: – *”Du kommer att skrivas ut i dag. Men då får du återkomma till avdelningen i morgon för att få din spruta ”.*

Patienten: – *”Men det är väl onödigt”.*

Läkaren: – *”Men i så fall kan du komma i övermorgon istället. Du bor ju nära sjukhuset”.*

Underläkaren: – *”Kanske vi kan lösa det på något annat sätt...”*

Sjuksköterska: – *”Vem är det nu som ska ge patienten sprutan?”*

Läkaren: – *”Hon får komma hit annars blir det för många inblandade! Sjuksköterskan kan då ge henne sprutan”.*

Sjuksköterskan: – *”Jag har inte tid då”.*

Underläkaren: – *”Jag kan göra det”.*

Efter lunch följde jag med en annan sjuksköterska, Ulla Undin. Hon höll på att skriva ut en patient och försökte få tag på kommunens hemsjukvård. Ulla förklarade att det inte behövdes någon vårdplanering i detta fall eftersom kommunen kände patienten. Hon ringde ett antal gånger för att lämna muntlig rapport men lyckades inte få tag på dem.

Dagen efter återkom jag till avdelningen. På förmiddagen träffade jag Jenny Johansson, som var administratör på avdelningen. Hon hade två telefoner. Vid tillfällen då hon pratade i den ena och det samtidigt ringde i den andra svarade någon annan av personalen. Jenny berättade att hennes arbetsuppgifter innebar att hålla i flera trådar:

– *”På morgonen undersöker jag om det ska ske några utskrivningar och om det finns några lediga vårdplatser på avdelningen. Andra sjukhus kan ringa till mig och fråga om det finns lediga vårdplatser på avdelningen och då måste jag kunna ge ett snabbt besked. Oftast planeras in- och utskrivningar en dag innan. Varje vardag klockan tolv ringer jag*

till akutmottagningen för att informera dem om det finns några lediga platser just då. Jag informerar inte om planerade utskrivningar, eftersom planeringen ofta ändras hastigt. Vi använder vårdtaxi för att flytta patienterna och det är oftast jag som får ringa till dem. Jag har även ansvar för personalresurserna på avdelningen. Om det saknas personal kan jag ringa in personal från andra avdelningar”.

– ”Det är ett väldigt pusslande med personaltjänstgöringsschemat och det har blivit svårare sedan andra avdelningar har flyttats. Dessutom är det så att personal från andra avdelningar inte alltid vill arbeta inom vår avdelning, eftersom de anser att vi har för tunga patienter här. Vi försöker ta hänsyn till de som inte vill komma hit, men det är svårt att få ihop det hela eftersom jag måste ringa vissa angivna avdelningar i första hand. Det hade varit lättare om jag hade kunnat ringa ”mina vikarier”. Jag tycker att samarbetet med kommunerna och primärvården behöver utvecklas. Ibland kan det istället för en vårdplanering endast bli en muntlig rapport från en sjuksköterska till personal inom kommunerna. Ofta vet man dagen innan om det ska bli en vårdplanering, fast det är lite olika”.

Örjan Öhrn, som var vikarierande enhetschef på avdelningen, kom in till oss och berättade för Jenny att en av sjuksköterskorna var sjukskriven. Han och Jenny samtalade om hur de skulle kunna lösa bemanningen.

Jenny sökte upp Lena Larsson och frågade henne om det var några utskrivningar på gång. Hon svarade att det var en utskrivning planerad, men att patienten i sista stund kommit fram till att hon nog inte skulle kunna klara sig själv hemma utan ville ha hemhjälp. Lena frågade Jenny om hon trodde att kommunen kunde ordna det redan i dag. Jenny svarade att det inte gick att ordna så fort, utan patienten fick vänta med utskrivningen till nästa dag. Det hade inte varit någon vårdplanering för denna patient, eftersom de trodde att det inte behövdes.

Jag lämnade Jenny och Lena för att träffa andra på avdelningen. Jag mötte sjuksköterskan Viveka Vall och vi kom överens om att samtala en stund. Hon skulle först ta blodprov på en patient, så jag satte mig ner på en stol i korridoren och väntade. Där stod en man och utropade högt att han ville prata med en läkare. Han såg upprörd ut. Personalen bad honom sitta och vänta på en stol i korridoren. Jag gick fram till honom och presenterade mig och vad jag gjorde där. Han berättade att hans mor var patient på avdelningen. Han hade blivit lovad att få

träffa en läkare. Hans mor hade blivit sjuk och befann sig på avdelningen sedan ett par veckor tillbaka och han var kritisk till vården på avdelningen.

– *”Vården är inte bra här. Min mor behöver mer omvårdnad. Det är så här för att det brister i kommunikationen, det är det som skapar dessa problem. Jag är själv medicinskt utbildad. Jag ordnade så att de tog upp en läkare från akuten tidigare och han ställde samma diagnos som jag! De kan inte bara ställa in ett glas saft! De ställer bara in ett glas och ser inte till att patienterna dricker. Jag ska få träffa en överläkare i eftermiddag. Jag känner mig tjatig när jag påpekar saker här. Efter ett samtal med en läkare så vet jag mer, jag vill klara ut detta. I landstinget räknar de enbart antal huvud, inte kompetens”.*

Den anhörige reste sig hastigt och avslutade dialogen genom att säga: – *”Nej jag klarar inte mer nu, vi ses!”* Jag satt kvar. Det kom fram en sjuksköterska och frågade efter mannen. En läkare gick fort förbi i korridoren och såg sammanbiten ut. Patienter rullades ut och in från salarna. En patient som rullades in såg livlös ut, stel och vit. Det hördes vänliga röster från en av salarna. Jag väntade cirka en halvtimme på Viveka Vall innan hon dök upp igen. Jag följde med henne till sjuksköterskerummet, där också läkaren Karolina Knutsson och ytterligare en sjuksköterska befann sig. Viveka berättade om sina erfarenheter av samverkan.

– *”Jag känner en besvikelse. När patienterna kommer in på avdelningen försöker vi få dem i så bra skick som möjligt. Men vårt jobb känns nedvärderat. Kommuner har ett visst schema som är hårt. Patienter ska ha ett visst antal poäng för att få plats på vårdhem. De kan inte ens få komma till korttidsboende! Det är så svårt att få plats. Patienterna skickas hem ensamma. De lagar middag ensamma. De hade mått mycket bättre om de fått gemenskap den sista tiden. Vi sätter in alla resurser och tränar upp de gamla här på avdelningen, men så blir det ett steg tillbaka när de kommer hem till sin lägenhet och sedan bara sitter på en stol – målet borde vara att få det så bra som möjligt när de kommer ut härifrån. De ska ha det bra när de är gamla. Det vore bra om de hade byggt ut istället för att skära ner på vårdhem”.*

Jag frågade Viveka vad samverkan innebar för henne och hon svarade:

– *”Det är vad vi gör. Vi tar reda på vad patienten behöver och vilka som ska vara med, som arbetsterapeut, sjukgymnast med flera. Vad patienten behöver när hon eller han har kommit hem. Och sedan kontrollerar vi och följer upp det”.*

Karolina Knutsson berättade om att hon som läkare tvingats skriva ut ofullständigt behandlade patienter från avdelningen och att detta skapar merarbete och kräver resurser.

– *”Jag har dåligt samvete. Jag skickar iväg patienterna. Jag ska utreda, behandla och mobilisera. Men här hinner jag inte det. Jag får välja de som är lite bättre av de sjuka och skicka hem dem. De är inte färdigbehandlade. Jag gör mitt bästa, men det är ofullständigt behandlade patienter. Samhället åldras, vi lever längre, det finns bättre mediciner, bättre kunskap, men patienterna är allt sjukare och äldre idag. Vi ”piskar” patienter idag, det är oacceptabelt. En del av mitt jobb i dag är att bemöta anfall av missnöjda anhöriga. Vad ska jag säga, jag håller ju med dem! Det behövs mer tid. Nu blir det att sätta in medicin och sedan utskrivning. Det finns ingen kontinuitet, bara stress. Anhöriga är missnöjda. Det slösas bort pengar på detta vis, eftersom de inte får adekvat vård. Vi har inte kontroll över om de tar medicin – eller rätt medicin – följderna blir att de kommer hit igen och är försämrade efter en vecka. Jag vill att vi ska hinna kontrollera att patienternas minne fungerar och att de tar medicin på rätt sätt. Annars blir det bumerang. Ge mig tre dygn mer så blir detta fixat”.*

Viveka kommenterade Karolinas berättelse genom att säga: – *”Det är synd om de gamla. Vården dras in för att det är för många gamla, men de borde bygga ut istället”.*

Senare berättade en av undersköterskorna, Olivia Olsson, om stressen i sitt arbete:

– *”Jag har åtta patienter tillsammans med sjuksköterskan. Det har varit en tuff sommar. Man är helt slut när man kommer hem. När man går hem mår man dåligt för att man ville göra mer. Vi jobbar med 3-4 dagars intervall, ibland blir det bara 4 timmars sömn. Jag kom rätt in i jobbet efter semestern, så jag hann inte prata med de andra i personalen”.*

Enligt hennes uppfattning fanns det stora behov av att utveckla samverkan med kommunerna och primärvården.

– ”Jag kan se fördelen med att se helheten. Det blir bättre kontakt och vi kan då vårda patienten på bästa vis. Det är en fördel om man vet vem man ska nå direkt. Det behövs mer kontakter. Idag är de ofta inte anträffbara, och vi får inga besked. Vi behöver bygga relationer. Har man bra kontakt blir det mer lättarbetat. Det berör sjuksköterskorna mest, vissa bitar får bara sjuksköterskor sköta”.

Närsjukvård

En dag på avdelningen berättade Lena Larsson vad närsjukvård innebar för henne:

– ”Det är vård som är nära patienten. De har infört närsjukvård för att de gamla ska slippa vänta i akuten. Tidigare fick de vänta i 6-7 timmar på akuten men nu kan de komma in direkt”.

I sjuksköterskerummet befann sig Ulla Undin och två undersköterskor. De tre var först samstämmiga om att inte veta vad närsjukvård innebar. De sa att de trodde att det handlade om att patienter skulle kunna läggas in direkt för att slippa ett steg i vårdkedjan. Vidare berättade en av dem att utvecklingen av närsjukvård hindrades av omorganisering:

– ”Närsjukvård är inget nytt koncept och det fungerar ändå inte. Det är svårt att utveckla närsjukvård, eftersom det pågår en omorganisation. Det tar tid att utveckla arbetet. De har inte fått rutinerna på plats efter den senaste ändringen”.

Jag frågade Jenny Johansson varför många nämner akutvård då jag frågar om närsjukvård. Jenny svarade att det skulle vara bra att veta vad skillnaden är mellan akutvård och närsjukvård och tipsade mig att ta reda på det.

Jag frågade Viveka Vall vad närsjukvård innebar för henne. Hon svarade att hon inte visste:

– ”Det var en chef som sa att det är vad vi sysslar med men jag vet inte vad det är”.

Olivia Olsson berättade att hon inte var så insatt vad närsjukvård innebar, men hon trodde att det handlade om bättre samverkan:

– ”Jag är inte så insatt, men innebär det inte lite bättre samverkan och att det flyter på bättre i vården. Närsjukvårdspatienter flyter på bättre, det ska vara bättre kontakter. Jag har inte forskat så mycket om det. Jag har samlat ihop material och skulle läsa igenom det, men det har varit full rulle...”

Utvecklingsarbetet

Beträffande utvecklingsarbetet berättade Lena Larsson att hon inte visste vad som skulle utvecklas, hur det skulle se ut, eller vad de ville. Hon tyckte att det behövdes mer struktur och kontinuitet för att kunna utveckla samverkan, men enligt hennes uppfattning var det svårt att åstadkomma något eftersom resurser hade dragits in.

– ”Det är likadant som tidigare. Det är svårt att genomföra förändringar, att utveckla samverkan, när vi har minskat vår personalstyrka. Från början var det fyra patienter som varje grupp hade hand om. Nu är det åtta patienter per grupp och vi är bara två personer i varje grupp. Vi har även fått nya uppgifter om att vi ska transportera patienterna till röntgen. De har dragit in transporten också”.

Lena berättade att de av samma orsak inte heller hade utvecklat närsjukvård:

– ”De har pratat mycket om närsjukvård, men det märks inget här. Det är samma rutiner som tidigare när det gäller samverkan med kommunerna. Troligen beror det på de andra förändringarna, alla indragningarna”.

Hon tyckte att utvecklingsarbetet hade presenterats som visioner från ledningen, men att de inte hade gett förutsättningar för att genomföra det i form av struktur och resurser.

– ”Det är ledningen som borde sätta upp mål och struktur och ge mer resurser. Alla förändringar som har gjorts har bara varit negativa. Hur de har tänkt vet jag inte. De pratade mycket om det i mars 2005, det var flera olika informationer. Jag har aldrig sett något rent praktiskt. Det är mycket visioner och ingen struktur. Efter informationen kom bara neddragningar. Vi får bara flytta till nya lokaler. Det innebär att de lägger ner massor med resurser på att anpassa lokalerna efter varje flytt. Nu ska vi flytta igen, från dialys och långt ifrån lab och röntgen. Vår avdelning ska slås samman med andra

avdelningar. Det är en ny organisation som ska genomföras. De slår samman avdelningar, eftersom de vill att vi ska bli sammansvetsade. Vi kommer att få samma chef, det är därför vi ska flytta, tror jag. Jag vet egentligen inte varför vi ska flytta runt, det blir mycket problem att göra det. Möjligen har man kanske kommit längre med närsjukvård på andra sjukhus”.

Enligt Ulla Undin hade utvecklingsarbetet inte underlättat vården. En förändring som hade skett var dock att patienterna inte låg kvar på avdelningen lika länge som tidigare.

– ”Den senaste utvecklingen inom vården har inneburit att det har blivit mer omständligt och komplicerat. Å andra sidan har det också inneburit att patienterna inte ligger kvar på avdelningen så länge längre. Jag är med i en grupp med deltagare från olika professioner och från både region och kommun. Gruppen träffas några gånger om året. I och med att vi träffas kontinuerligt har vi fått bättre förståelse för varandra och varandras arbete. Gruppen har funnits i flera år och har ingenting med närsjukvårdsutvecklingen att göra”.

Jenny Johansson berättade att det hade varit tungt på avdelningen sedan en tid tillbaka. Det hade inte skett någon utveckling av inom avdelningen och att hon var orolig för vad förändringarna skulle kunna innebära för patienterna:

– ”Det är och har varit tungt på avdelningen sedan början av sommaren eftersom de då ökade vårdplatserna från 16 till 20. De kommer att ändra tillbaka till 16 platser igen i mitten av september. Närsjukvård dök upp förra året då det bildades en närsjukvårdsenhet. Jag kan inte se att det är någon större skillnad nu sedan det infördes. Troligen tar det mer fart nästa år då avdelningen kommer att slås samman med två andra avdelningar. Vi skulle byta lokal den första maj i år, sedan flyttades det fram till november och sedan flyttades det återigen fram till årsskiftet. Det senaste är att det eventuellt blir av vid semestern 2006. Men det är skönt att vänta med flytten, eftersom vi sedan kommer att ha långt till röntgen. Det finns vissa risker med det, eftersom det inte finns någon transport och patienter ska ofta dit. Varje dag ska någon dit, och tänk om det blir hjärtstopp! Det är likadant med kommunen nu som tidigare. Samverkan handlar om patienter som är medicinskt färdigbehandlade och om vårdplanering”.

Viveka Vall berättade om de indragningar som hade skett och att konsekvenserna hade inneburit att patienterna fått sämre vård:

– ”Det har varit svårt i sommar, lite personal. Det är inte rätt, varken mot patienten eller mot personalen. Vi har inte haft tid att prata med patienterna. Det är två personal på tio patienter. Det är helt botten med planeringen. Det ska sparas! 16 vårdplatser skulle det vara, men i sommar ökade de till 20 platser. Men det blev inte mer personal, trots att det har varit överbeläggningar upp till 22 eller 23 platser. Patienterna får läggas in i dagrummet eller något behandlingsrum. Vi tvingas göra ett dåligt jobb. Vem får bära skulden? Ingen hjälper oss om det skulle hända något. Patienterna är så gamla här, de som är 70 år är ungdomar. Parvården som infördes för två år sedan fungerar inte. Den innebär att det är ett team som ansvarar för tio patienter på kvällar och helger. Ett team består av en undersköterska och en sjuksköterska. Det har blivit ännu svårare i år. Samverkan pågår hela tiden, men den har inte utvecklats precis”.

Sammanfattningsvis var det centralt för arbetet inom avdelningen att samverka. Det fanns exempel både på samverkan som fungerade smidigt och samverkan som var problematisk. Vårdpersonalen framhöll att det fanns behov av att utveckla samverkan, i synnerhet med kommunerna. Närsjukvård var fortfarande inte etablerad inom avdelningen och det var flera som inte visst vad det innebar. Det fanns en massiv kritik mot utvecklingsarbetet. Till stor del handlade kritiken om att personalen inte hade fått nödvändiga förutsättningar för arbetet.

Delprocess 2: Utvecklingsarbetet på avdelningen

Den andra delprocessen handlar om det fortsatta utvecklingsarbetet på närsjukvårdsavdelningen vid Hässleholms sjukhus och hur detta arbete påverkades av att det samtidigt också var föremål för aktionsforskning. Den andra delprocessen utspelades huvudsakligen inom avdelningen, men även inom utvecklingsprojektets styrgrupp.

Beslut

I december 2005 var det ett möte i utvecklingsprojektets styrgrupp. Från sjukhuset deltog utvecklingssekreteraren Doris Davidsson, projektledaren Rune Rudolfsson och enhetschefen Örjan Öhrn, samt Greta Granér som var sjuksköterska och klinisk adjunkt. Från kommunen

deltog hälso- och sjukvårdschefen Anna Andersson. Vid mötet framkom att olika insatser för att utbilda och utveckla medarbetarna på avdelningen var på gång, vilket även framgick av minnesanteckningarna från detta möte: ”Utveckling av medarbetarna är på gång”.

I februari 2006 var det möte i styrgruppen igen. Från sjukhuset deltog biträdande sjukhuschefen Fredrika Fransson och samma personer som vid förra mötet, det vill säga Doris Davidsson, Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn och Greta Granér. Från kommunen deltog Anna Andersson. Jag redogjorde för min kartläggning av CUU-projektet varpå gruppen diskuterade denna och den fortsatta utvecklingen av projektet. Gruppen beslöt att förlänga projekttiden med två år, fram till 2008. Rune och Fredrika berömde också det jag dittills hade gjort.

I mars 2006 återvände jag till avdelningen för att återföra det empiriska material, som hade genererats där i augusti 2005. Jag hade bokat en overheadapparat, sammanställt OH-bilder och gjort ett antal papperskopior av materialet som deltagarna skulle få ta del av. Jag hade kommit överens med Elin Eriksson, som då var enhetschef på avdelningen, att vi skulle träffas i personalrummet. Hon hade också hängt upp informationslappar inom avdelningen om att jag skulle komma. Då jag anlände till personalrummet fanns några av personalen där och det kom fler efterhand. Sammanlagt deltog elva personer i mötet: Elin, samt en del sjuksköterskor och undersköterskor.

Deltagarna skrattade först åt att någon hade sagt att de piskade patienter, men bad mig att sätta citationstecken över det så att man förstod att det var en metafor. Deltagarna sa att de var förvånade över att så få visste vad närsjukvård var. De samtalade om förändringarna och vad som inte hade utvecklats och någon konstaterade att det hade varit tufft på avdelningen, vilket hade hindrat utvecklingen, samt att ledningen måste fylla på vad närsjukvård innebär. Några av deltagarna sa att materialet var hemskt och att de kunde känna igen hur det var på den tiden, till exempel stressen och att en anhörig kör runt en patient och vill anmäla sjukhuset. Det hade varit en jobbig tid då jag var där och även några månader efter det.

Det kom förslag om att fortsätta utvärdera utvecklingen på avdelningen med detta material som utgångspunkt. Deltagarna beslutade sig för att de, personalen på avdelningen och Elin, skulle arrangera utbildningsdagar där de gemensamt skulle diskutera och komma fram till vad närsjukvård innebär och hur de skulle fortsätta utvecklingsarbetet. Jag berättade om SAMU-

gruppen och de möten som gruppen planerade att arrangera. Någon sa att SAMU:s planering var ett bra initiativ.

Samma månad, det vill säga i mars 2006, återförde jag samma material från avdelningen till referensgruppen. Närvarande var Doris Davidsson, Örjan Öhrn, Inga Isaksson, jag och två andra forskare från forskningsplattformen. Deltagarna sa att de tyckte att det var ett tungt material. Vidare uppgav cheferna från sjukhuset att materialet hade fångat bra vad som händer på avdelningen och vad som hade hänt under de senaste 20 åren. Det framkom också att det för närvarande var omflyttningar och samlokaliseringar på gång inom sjukhuset och avdelningen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kartläggningen av CUU-projektet, som innehöll personalens upplevelser, låg till grund för beslutet om att förlänga tiden för CUU-projektet. Återföringen av materialet från augusti 2005 innebar att synliggöra uppfattningar hos personalen på avdelningen. Återföringen väckte reaktioner och deltagarna fattade beslut om att träffas för att gemensamt utveckla närsjukvården.

Planering

I december 2006 var det möte i styrgruppen. Närvarande var Fredrika Fransson, Elin Eriksson, Rune Rudolfsson, Anna Andersson, Åke Åhman, Greta Granér, Örjan Öhrn, Doris Davidsson och jag. Elin berättade att personalen på avdelningen hade haft utbildningsdagar om vad närsjukvård innebär, där de hade blickat både bakåt och framåt i tiden. De hade också varit i kontakt med en närsjukvårdsavdelning från ett annat sjukhus, utbytt erfarenheter och berättat om förändringar som de hade gjort. Under utbildningsdagarna hade de dessutom planerat att börja arbeta i team. Det innebar att all personal på avdelningen skulle tillhöra ett specifikt team. Åke, som var läkare på avdelningen, berättade om hur teamen skulle organiseras. Vidare hade de kommit fram till att starta en ny grupp omkring multisjuka och införa en ny struktur för vårdplanering, en vård- och omsorgsplan i samverkan (VOPS). Elin och Åke sa att utvecklingsarbetet hade skapat ringar på vattnet, som spred sig utåt. De tillade dock att utvecklingen fortfarande var spretig och under uppbyggnad.

I denna delprocess avsattes tid till personalen på avdelningen, där de tillsammans med enhetschefen skulle föra en dialog om vad närsjukvård innebär samt vilka interventioner som

skulle göras. De skulle gemensamt planera för interventionerna och det fortsatta utvecklingsarbetet.

Genomförande

I februari 2007 var det möte i styrgruppen. Närvarade var Helen Hellström, Rune Rudolfsson, Elin Eriksson, Örjan Öhrn, Doris Davidsson, Greta Granér, Åke Åhman och jag. Åke konstaterade att det fungerade bättre med vårdplaneringen och att det troligen berodde på teamarbetet som hade införts året innan. Elin förklarade att utvecklingen på avdelningen kunde betraktas som bestående av tre etapper: först utbildning, sedan tvärprofessionella grupper och därefter samverkan utåt. De befann sig nu i etapp två. De ville därför att processen följdes upp, dokumenterades och presenterades. Jag erbjöd mig att följa upp studien som jag hade genomfört 2005, vilket vi kom överens om. Det material som framkom handlade både om samverkan och om närsjukvård, samt om det pågående utvecklingsarbetet, men dessa teman var mer sammanflätade här än i den tidigare beskrivna processen.

Uppföljning

Uppföljningen gjordes på hösten 2007. Någon vecka innan jag skulle besöka avdelningen kontaktade jag Elin för att närmare bestämma tid och stämma av frågeställningarna. Hon berättade då att hon var nästan i chocktillstånd, eftersom hon nyligen hade fått veta att det fanns ett förslag om att avdelningen skulle bedrivas som ett kooperativ. Då jag anlände till avdelningen i början av oktober 2007 tog Jenny Johansson emot mig och gav mig en vit rock och vita byxor, som jag tog på mig. Hon sa också att jag skulle ta av mig mina ringar och min klocka. Jenny visade mig till det så kallade röda teamet, som tog emot mig. Teamet bestod av sjuksköterskan Rigmor Rydén, två undersköterskor och några sjuksköterskestuderande. Det var också flera andra aktörer i sjuksköterskerummet. Natteamet överlämnade information till dagteamet. Ett team hade ansvar för två vådrum, ett damrum och ett herrum. Sedan gick teamet och väckte upp patienterna. De arbetade smidigt, varsamt och nära patienterna.

Det satt två kvinnliga patienter vid ett bord i korridoren och pratade med varandra. Jag presenterade mig och mitt arbete. En av kvinnorna berättade att då hon ringde till sjukhuset och ville få komma dit var det ibland problematiskt att få lov att göra det. Det berodde helt enkelt på vem som svarade då hon ringde, berättade hon. Ibland fick hon komma direkt till

sjukhuset, men ibland var hon tvungen att först besöka vårdcentralen. Hon ville helst komma direkt till sjukhuset, eftersom hon hade varit där flera gånger och de känner henne där. Hon berättade emellertid om tillfällena när det inte hade fungerat så bra på sjukhuset:

– ”En gång var jag här på sjukhuset, men var tvungen att åka hem trots att jag var mycket sjuk. Jag fick inte stanna! Jag fick ordna allt själv! Apoteket var stängt, men jag fick någon tablett från avdelningen med mig hem. Sjukhuset sa till mig att du borde ha ett annat boende istället för att bo hemma. Men då sa jag att då måste någon annan dö först. Jag fick själv hämta mina personliga tillhörigheter, det glömde dem, och jag fick själv ringa efter taxi, jag var så arg! En annan gång när jag var sjuk och sökte vård hos en läkare ville hon inte lägga in mig eftersom det var fullt på sjukhuset. Det är svårt att komma till sjukhuset eftersom de inte har tid, de har en massa papper att sköta. Det är dem där uppe som ser till att det blir så här!”

Kvinnan tog fram handen och gned tummen mot pekfingeret och antydde på så sätt att det handlade om pengar.

Jag lämnade kvinnorna och träffade en sjuksköterska, Rigmor Rydén, som sa att hon hade arbetat inom vården i flera år. Hon berättade att de hade glömt att spara en vårdplanering i datorn, vilket innebar att patienten måste stanna en dag extra på sjukhuset. Rigmor sa att personalen inom kommunen är bara glada för det. Hon berättade att de förändringar som hade skett inom avdelningen hade inneburit att de fått fler patientgrupper:

– ”De förändringar som skett är att vi numera får patienter som ortopederna haft tidigare. Nu har vi allt som man inte sätter kniven i”.

Rigmor berättade att samverkan inte hade förändrats. Hon var kritisk till ledningen och till de förändringar som ledningen ville genomföra:

– ”Det är ingen skillnad. Vet inte vad som skulle vara förändrat. Ledningen sätter igång saker, men allt går bara runt. Nu pratar de om medbestämmande, att personalen ska vara med och bestämma. När jag tänker tillbaka på de första tio åren jag jobbade så lyssnade ledningen mer på personalen då än i dag. Då fanns chefen mer på avdelningen. I dag är det för långt hopp mellan henne och avdelningen”.

– ”Ledningen drar in men vi är ju här för patienterna och de betraktas som att de bara är till besvär. Det är mycket prat men lite som händer. Ledningen kan inte slutföra någonting. Omvandlingsarbetet började på en annan avdelning för fem år sedan. De körde då slut på en konsult, och satte sedan in en ny. Det handlade då om att cheferna inte hade någon arbetsbeskrivning och att de hade för stora områden. Det är likadant i dag, de har ingen arbetsbeskrivning och de har nu ännu större områden. Jag orkar inte höra på om förändringsarbetet mer. Vi får ingen extra personal. Det är roligare om personalen är med och bestämmer, men då får cheferna ändra attityd”.

– ”Cheferna säger att vi ska vara positiva. De bara pratar, finner problem, kör runt om och om igen. Men det blir inget konkret, inget som händer i praktiken. Hur länge ska de köra runt med oss? Tror de att vi är dumma i huvudet? De pratar mycket om medbestämmande nu, till exempel genom idén om personalkooperativ. Jag tror inte att cheferna klarar av att personalen är med och bestämmer. Vi får alltid höra att vi är så negativa. De säger att det är vårt eget ansvar. Cheferna tar inte ansvar som chefer, som att sätta mål. De började dra ner för 10 år sedan. Det var tre avdelningar som slogs ihop och en chef från en av avdelningarna fick bli chef över alla dessa tre. Chefer slutar och det flyttas runt. Vid förändringen 2004 tog de bort flera duktiga undersköterskor. De som fick gå från avdelningen var de som inte var tysta. Förändringsarbetet är till ingen nytta”.

En läkare, Tilda Tegnér, berättade att hon inte hade några synpunkter på närsjukvård och samverkan, men påpekade att rotationen av läkare kan försvåra teamarbetet:

– ”Jag har inget att tillföra om närsjukvård och samverkan. Jag går runt till patienterna. Vi jobbar i team och försöker bibehålla samma team. Men det fungerar inte alltid. Det är en underläkare per team och överläkarna har två team. Men läkarna byts ut, vilket inte är bra. Det borde vara någon form av överlappning. Det är andra som schemalägger och jag kan inte påverka det”.

Rigmor Rydén berättade att teamarbete inte var något nytt. – ”Vi har jobbat så här för 20 år sedan, men då kallade vi inte det för teamarbete utan vi kallade det för gruppvård”.

Jag ställde en fråga till Rigmor om en motstridighet som hade dykt upp under dagen. Hon hade själv varit en av dem som hade beskrivit en del av detta. Jag frågade: - *Hur det kan vara att deltagare dels säger att avdelningen styrs uppifrån samtidigt som de säger att personalen får sköta sig själva, hur hänger det ihop?* Hon förklarade:

– *”Det är toppstyrt, samtidigt som vi sköter oss själva. Högsta chefen på sjukhuset styr med järnhand. För dem som är närmast honom gäller regeln att antingen säger de ja till honom eller så åker de ut. Jag saknar den gammaldags avdelningsföreståndarrollen. Chefen har idag hamnat för långt ifrån och saknar engagemang för avdelningen”.*

Sjukgymnasten Stina Svensson berättade att de hade börjat arbeta i team, vilket enligt hennes uppfattning hade underlättat vårdarbetet:

– *”Ja, det är en förändring att det nu finns teamarbete. Kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut har en dag i veckan i varje team och det fungerar bra. Nu vet jag vem jag ska vända mig till om kommunen ringer. Sedan teamen infördes blir jag oftare inbjuden till avdelningen och jag har blivit mer involverad. Till exempel var det en uppstart på avdelningen med internat. Det är lättare med kommunikationen sedan team infördes och även ronderna har blivit bättre. Vi har haft utvärderingsträffar i teamen också, det är bra”.*

Tilda Tegnér berättade att hon upplevde att det bara talades om sådant som inte fungerade. Enligt hennes uppfattning fungerade samverkan med kommunerna bra och hon gav även exempel på det:

– *”Samverkan med kommunerna fungerar bra. Till exempel har primärvården och kommunen koll på patienter med hjärtsvikt. Man hör inte om det som fungerar utan det talas bara om sådant som inte fungerar. Jag som läkare är inte så involverad i vårdplanering, sjuksköterskorna gör det. Jag vet inte vad närsjukvård är. Kan det handla om att patienter först behandlas av specialist och sedan ska flyttas till närliggande sjukhus? Jag berättar inte för kollegor att jag arbetar inom närsjukvården, för ingen vet vad det egentligen är. Jag säger istället att jag arbetar inom medicinavdelningen”.*

Jenny Johansson berättade att det hade blivit större omsättningen av patienter:

– ”Numera får vi patienterna direkt från mottagningen. Patienterna plockas också hem till kommunerna fortare nu. Det har ändrats hur många som ligger och väntar på kommunalt boende. I dag är det ett par stycken medan det var cirka fem tidigare. Det finns fortfarande perioder med överbeläggningar, men det har blivit bättre”.

Åsa Åsling, som var undersköterska, berättade att hon inte har märkt någon större skillnad, men att de hade börjat arbeta på ett annat sätt. Vidare berättade hon att närsjukvården hade inneburit att de hade fått nya patientgrupper.

– ”Jag har inte märkt någon skillnad, det är samma patienter och samma jobb. Men man har börjat arbeta mer i nätverk och grupper, till exempel finns en hjärtsviktsgrupp med kommuner, hemsjukvården är med. Det är ett program som syftar till att förhindra inläggningar. Patienter får kunskap om egenvård och de får ett telefonnummer. Gruppen har funnits i cirka ett år, men sådant tar tid. Andra grupper som etik- och moralgrupper har runnit ut i sanden. Det är svårt att få tid och hitta dagar för sådant, eftersom det är så stor press på oss. En annan skillnad från tidigare är att vi numera även har ortopedpatienter som inte är i behov av akutvård. De har bara kommit. Vi har ingen kunskap om dem, men det kanske är detta som är närsjukvård”.

Åsa sa att hon inte visste vad syftet var med närsjukvård och hon inte heller visste hur det skulle genomföras.

– ”Jag vet inte riktigt vad man ville förändra med närsjukvården. Vi fick information i matsalen av Doris Davidsson. Jag fattade det inte riktigt då heller. Det konstig är att i en ny katalog som kom ut i dagarna framgår inte att det finns närsjukvård, det finns inte nämnt där. Vi får det över oss, det är likadant med studentavdelningen. Vi fick aldrig veta syftet. Vi fick vissa grundförutsättningar och sedan fick vi bara veta att – Ni ska skapa det! Det är samma om igen. Vi ska lära oss i efterhand. Det ska genomföras, men hur det ska göras, det ska vi själva komma fram till”.

Olivia Olsson, som också var undersköterska, berättade att hon inte heller visste vad närsjukvård innebar. Enligt hennes uppfattning var dock teamarbetet en förbättring både för vårdarbetet och för patienterna:

– ”Jag vet inte vad närsjukvård är. Vad de ville med förändringen var att patienterna skulle känna sig trygga. Vi hade inte team tidigare. Det är en klar förbättring. Vi lär känna patienten på ett annat sätt. Vi vet mer vad som rör sig i huvudet på dem nu. Ronderna är också bättre i och med teamen. Jag som är undersköterska har bäst koll på patienterna. Nu samverkar vi bättre med kommunerna på grund av att det är bättre här internt på grund av teamen. Det sprider sig utåt”.

En annan av undersköterskorna berättade att det var en nackdel att de får ta emot nya patientgrupper, men att teamarbetet är bra eftersom det blir kontinuitet.

– ”Tanken var att det skulle bli lättare och smidigare för patienten. Det skulle vara bättre tillgänglighet. Men detta har inte kommit så långt. Vid förändringsarbetet fick vi söka om våra tjänster. Några av oss skulle kunna åka ut, hem till patienterna. Nackdelarna var att vi fick ta emot sådant som vi inte hade haft tidigare. Det förväntas att vi ska kunna allt! Vi ska kunna saker som andra har specialistutbildning på, men som vi inte kan, så vi får ringa runt och fråga. Det är svårt att arbeta här. Det krävs att vi kan lite om allt. Det är bättre att arbeta i team som vi har nu, eftersom det innebär att vi arbetar med samma människor. Vi hade team förut, men de togs bort vid en omstrukturering. Annars har det inte skett så mycket förändring”.

En undersköterska kom fram till mig och ville berätta att det inte var friktionsfritt att samverka med kommunerna, samt att sjuksköterskorna ofta kommer i kläm:

– ”Det är inte friktionsfritt att samverka, det tar energi. Vi bollar patienter mellan sjukhuset och kommunerna. Det är en strid på kniven om pengarna. Jag tycker synd om sjuksköterskorna. De får ta vad läkaren har bestämt och sedan klagar kommunen att de inte har gjort vissa saker. Men sjuksköterskorna följer ju bara ordinationerna från läkare”.

Åsa Åsling berättade att det hade blivit fler direktinläggningar, men annars hade det inte blivit några förändringar inom avdelningen. Det var samma samverkansproblem med kommunerna som tidigare och hon gav exempel på det:

– ”Det har blivit fler direktinläggningar nu. Är man känd på kliniken kan man komma direkt, det är den enda skillnaden... Annars ligger patienterna här som tidigare och väntar på platser, men det finns inga platser därute. Kommunerna tjafsar i luren, det är vissa biståndshandläggare som tror att de äger kommunen. De idiotförklarar sjuksköterskorna. De bryr sig bara om ekonomin i kommunen. De borde bygga ut vården, för vi behöver mer. Det är bara besparingar, men så är det här också. Cheferna handplockade personalen härifrån. De stänger ner vissa delar på sjukhuset, vilket leder till att det blir stress och moraliskt fel och folk mår dåligt. Doktorn spelar en stor roll. Allt bottnar i bristerna hos kommunerna. Det enda positiva är team arbetet, med kuratorn och den lilla gruppen, det är mer familjärt”.

– ”Det är en av oss på avdelningen som har mer kontakt med kommunen. Jag tog upp ett problem med henne som hon skulle föra fram, men det hände inget. Det handlade om att patienterna inte har rena kläder att sätta på sig då de skrivs ut härifrån. Vi har inga kläder till dem då de skrivs ut och får sätta på dem de smutsiga och nerkissade kläderna som de hade på sig när de kom hit. Frågan har tagits upp med kommunen, men de svarar att det inte alls är så, utan att det fungerar. Vi får ta kläder härifrån och sätta på dem när de ska härifrån och sedan blir vi anklagade för att vi har stulit kläder. Men jag vägrar klä dem i smutsiga kläder, vill inte ens göra det i protest”.

Sammanfattningsvis lyfte vårdpersonalen fram ett flertal problem i samverkan både gentemot ledningen inom sjukhuset och gentemot kommunerna. Det fanns utsagor om att de inte kände till vad närsjukvård innebar och att inget hade förändrats på avdelningen, samtidigt som det framkom utsagor om att utvecklingen hade börjat ta form, framförallt genom att de hade börjat arbeta i team. Team arbetet var en genomförd aktivitet och ett resultat av denna delprocess. Deltagarna framställde team arbetet som en främjande kraft för utveckling av både samverkan och vårdarbetet i stort.

Återföring

Processen fortsatte genom att jag återförde resultaten av mina intervjuer, dialoger och observationer till personalen på avdelningen. Vi hade överenskommit att jag skulle återföra det empiriska materialet i första hand till dem som hade deltagit i genereringen av det. Jag kom överens med Elin Eriksson om en tid då återföringen av materialet skulle ske till

personalen på avdelningen. Återföringen skedde i januari 2008. Då jag anlände visade det sig att Elin och personalen hade glömt bort att jag skulle komma, men trots det var det cirka 12-15 personer närvarande i personalrummet där återföringen skedde. Materialet visades i sin helhet, uppdelat i följande teman: 1) förändringar som skett, 2) oförändrat, 3) krafter som kunde hindra utvecklingen och 4) krafter som kunde främja densamma.

Inledningsvis nickade deltagarna instämmande. Då det framkom utsagor om att vissa inte var insatta i vad närsjukvård innebar frågade någon vad de skulle göra åt detta. Då det framkom utsagor om bristande delaktighet och att det var avstånd mellan ledningen och personalen var det flera som sa att de inte förstod och någon undrade om det handlade om situationen för flera år sedan. Elin förtydligade att det handlade om situationen för några månader sedan. Detta ledde bland annat till följande kommentarer:

- *”Är det så här?”*
- *”Det var fel dag du var här...”*
- *”Du skulle ha intervjuat andra”.*
- *”Det är inte konstigt att det kommer sådana svar om du frågar på det sättet, då säger de bara ja...”*
- *”Jag känner inte igen mig i det”.*

Elin visade att hon blev ledsen av vad som framkom i materialet och personalen tröstade henne. Elin sa att hon trodde utsagorna om ledningen handlade mest om henne. Vi gick återigen igenom vissa delar av materialet. Någon sa att det troligen handlade om en önskan att det skulle fungera så som det gjorde förr. Det blev diskussioner kring ledningens roll förr och nu, samt om processer som kommer uppifrån respektive nerifrån. Deltagarna gick ut och in i rummet. Jag erbjöd mig att komma tillbaka för fortsatt diskussion kring materialet och analys. Då vi hade avslutat stannade Elin och en av undersköterskorna kvar i rummet en stund till. De sa att de hade känt igen det negativa som framkom, att det fanns inom avdelningen och att det ibland kommer fram vid stress och tar överhand.

Veckan därpå ringde Ursula Uddén som var personalspecialist på sjukhuset. Hon berättade att den senaste återföringen hade väckt upprördhet och att deras så kallade Samgrupp, som

bestod av fackliga företrädare och arbetsledare, ville att jag skulle återkomma för att presentera det empiriska materialet återigen samt diskutera mina forskningsmetoder. De var angelägna om att detta skulle ske så snart som möjligt och vi kom överens om en tid veckan därpå.

Vid Samgruppens möte var cirka 20-25 personer närvarande, bland andra Ursula, Elin och Olle Oscarsson, som var utvecklingsansvarig för närsjukvård inom sjukhuset. Jag presenterade materialet på samma sätt som förra gången. Vid presentationen av de första delarna nickade en del av deltagarna. Då jag presenterade de hindrande faktorerna för utvecklingen frambringade flera deltagare åh-ljud. Elin frågade hur det kunde komma sig att materialet till så stor del handlade om ledningen, då vi hade kommit överens om att jag skulle fråga om närsjukvård och samverkan. Jag svarade att det var vad som kom fram med dessa frågor som utgångspunkt och genom följdfrågor kring detta, samt att materialet visade att ledningen hade haft en central roll i utvecklingen. Elin hävdade att det var jag som forskare som hade styrt svaren. Olle sa att kritiken om ledningen handlade om honom och högsta sjukhuschefen och att ledningen hade begått misstag under processen:

– *”Det var stora resursneddragningar 2004 direkt då CUU-avdelningen startade, sedan var det rejäla nerdragningar igen 2005 och sedan en sammanslagning av två avdelningar för att klara ekonomin. Det har varit hårda besparingar och misstag har begåtts, till exempel att personalen i detta plötsligt skulle söka nya tjänster. Jag ville inte det då, men sa att det var okey och det var ett misstag... Det vore dumt att tro att man kan genomföra ett utvecklingsarbete under dessa förhållanden”.*

Elin påpekade att tidigare händelser på avdelningen belastar dem ständigt och att de inte blir kvitt sin historia:

– *”Historiens betydelse belastar avdelningen ständigt. Vi har haft samtal om detta i personalgruppen nu och kommit fram till att vi ska ’stänga boken om det gamla’ och gå vidare. Men det känns som om vi aldrig blir kvitt historien, gång på gång dyker den upp”.*

Någon i personalen sa att det vore bra om de pratade mer vid mötena.

Jag sa att materialet inte förvånade mig utan det som hade framkommit var troligen ganska vanliga problem inom offentliga organisationer.

– ”Jag är inte förvånad över den kritik som har framkommit, utan man skulle troligen kunna finna liknade kritik i flera organisationer av samma typ som denna. Däremot är jag förvånad över de starka reaktioner som har kommit på grund av att kritiken lyfts fram samt över att ni trots besparingar har lyckats att genomföra en del förändringar och kommit en bit på vägen att utveckla närsjukvård”.

Elin sa till mig att det blev fel vid den förra återföringen, eftersom hon hade varit oförberedd på de synpunkter som redovisades:

– ”Jag var helt oförberedd när du gjorde den förra återföringen. Du borde ha varnat mig innan. Då skulle jag kunnat ha haft med fler ur personalen och Olle eller Ursula. Då hade jag kunnat agera på ett annat sätt. Jag vet inte hur jag ska göra nu och hur jag ska kunna gå vidare...”.

Jag svarade att de skulle kunna fortsätta att göra det som de hade påbörjat: – ”Ni har ju faktiskt kommit en bit på vägen, vad är det som gör att ni inte ser det? Mitt råd till er är att fortsätta att arbeta med det som ni har påbörjat”.

Elin berättade att det för närvarande rådde kaos på avdelningen. Jag påpekade att det inte var ovanligt med kaos vid förändringsarbete.

Några dagar senare berättade forskningsledaren för forskningsplattformen som jag tillhörde att Doris Davidsson, som var chef för utvecklingsenheten på Hässleholms sjukhus, hade kontaktat henne angående återföringen. Doris hade berättat att det hade fått allvariga konsekvenser på avdelningen och att utvecklingsarbetet hade avstannat. Forskningsledaren sa att ledningen inom sjukhuset hade uppgivit att de var tveksamma till om de överhuvudtaget ville fortsätta att samverka med forskningsplattformen på grund av detta. Forskningsledaren hade därför bett dem att göra en formell anmälan av det inträffade. Vidare sa hon till mig att jag måste tänka mig för hur jag återför det empiriska materialet och att jag borde ha varit mer ödmjuk och reflekterande. Hon föreslog att jag skulle ha använt en metod som innebar att enbart återföra material som kunde uppfattas som positivt. Forskningsledaren sa till mig att

om konflikten fortsätter riskerade jag att inte få lov att publicera materialet och detta skulle kunna leda till allvariga konsekvenser för mitt avhandlingsarbete. Hon ville att vi skulle träffas tillsammans med Doris och Elin för att tala om återföringen.

Innan detta möte skulle äga rum granskade och reflekterade jag över vad jag hade gjort och talade med mina handledare om det hela. Med stöd från dem kom jag fram till att forskningen hade bedrivits på ett etiskt korrekt sätt och att jag därför inte behövde vara orolig. Genom detta konstaterande släppte jag min oro för vad forskningsledaren hade uttalat sig om, och fortsatte min dialog med fältet.

Några dagar senare träffades Doris, Elin och jag inne på forskningsledarens rum. Vi berättade för varandra hur vi hade upplevt samverkan med varandra och vissa klargöranden gjordes. Elin berättade om sin tid på avdelningen och om sina upplevelser av aktionsforskningen. Hon sa att det var som om gamla historier kom upp på nytt och att hon blev anklagad för saker som hade hänt tidigare. Hon hade fått förklara för sina chefer vad som nu hände på avdelningen. Hon berättade att hon tillsammans med personalen hade arbetat med det material som hade kommit fram från avdelningen 2006 för att tydliggöra vad närsjukvård innebar och skapa bättre kontinuitet. Hon hade uppfattat att det varit en positiv utveckling som hon hade hoppats skulle synas vid utvärderingen 2007. Det negativa som då framkom överskuggade detta, menade hon. Hon sa att hon nu kunde se även den positiva utvecklingen i materialet från 2007 och att de håller på att arbeta vidare med det på avdelningen.

Elin sa att hon tyckte att upplevelserna av aktionsforskningen hade varit dyrköpta och att hon till och med hade haft funderingar på att sluta sin tjänst under den tid det pågick. Hon sa också att hon tyckte det var fel att hon inte fick ta del av det empiriska materialet innan personalen fick återföringen, samt att det har varit en brist att hon och jag inte kände varandra så väl, att det hade inneburit en osäkerhet mellan oss. Vi reflekterade tillsammans över dessa synpunkter, som för- och nackdelar med vilka som först skulle få ta del av materialet. Jag höll med Elin om att det hade varit bra om hon och jag hade samarbetat mer från början. Efter detta möte hade jag inga mer kontakter med ledningen från sjukhuset.

Sammanfattningsvis väckte det presenterade materialet reaktioner hos såväl personalen som ledningen. Återföring och diskussion av materialet skedde vid flera tillfällen. Vid dessa tillfällen var fokus på avsnitten som handlade om att personalen var kritiska mot ledningen

och strukturen för samverkansprocessen. Återföringen innebar att ledning och personal hade en dialog om interaktionen dem emellan. Ledningen gav ett erkännande till personalen genom att bekräfta att de (ledningen) hade begått misstag under processens gång, samt genom att säga att det skulle vara svårt att utveckla närsjukvård under de förhållanden som var. I ett skede blev jag kritiserad av deltagarna och ledaren för forskningsplattformen, då de upplevde återföring av forskningsmaterial som kritik. Både ledningen från sjukhuset och forskningsledaren framförde att de var kritiska till forskningen och att de eventuellt skulle hindra publiceringen av resultaten.

Delprocess 3: Ledningen av utvecklingsarbetet

Nu flyttar vi oss tillbaka cirka tre år i tiden och följer en tredje delprocess som pågick parallellt med händelseförloppet inom närsjukvårdsavdelningen. Processen startade ungefär samtidigt som material genererades första gången på avdelningen, det vill säga i augusti 2005. Den utspelar sig framför allt inom styrgruppen för utvecklingsprojektet och inom SAMU-gruppen. Dessutom förekommer också projektets referensgrupp, tre interventionsdagar och den nya SAMU-gruppen. Dessa olika arenor är markerade med fetstil i texten.

Beslut

I slutet av augusti 2005 var det möte i **styrgruppen**. Det var flera av dem som var kallade som inte kom till mötet. Närvarande var biträdande sjukhuschefen Fredrika Fransson och Örjan Öhrn, som då var utvecklingsansvarig inom sjukhuset. Dessutom deltog Anna Andersson från kommunen, samt Greta Granér och jag. Vi talade om utvecklingen av samverkan. Fredrika sa att alla skyller på varandra: – *”Vi hade vunnit mycket på att samverka istället”*.

Anna berättade att det var svårt att samverka med sjukhuset.

– *”Samverkan fungerade bättre tidigare, eftersom jag då hade kontakt med en person inom sjukhuset. Det är svårt att samverka med sjukhuset eftersom det ofta är en sjuksköterska som säger att det har läkaren sagt... Vem är det egentligen som har ansvaret för att lämna över medicin? Det är problem med detta, det har inträffat att patienter själv får ta hand om medicineringen på grund av att man inte visste om det var*

kommunen eller primärvården som hade ansvaret. Det är problematiskt inom kommunerna, eftersom man där inte får tillgång till läkare, samt för att de anställda där inte behärskar de nya medicinska rönen. Var finns läkarna? Kan Ni hjälpa oss genom att utbilda kommunens personal?”

Med utgångspunkt från vad Anna hade sagt fattade styrgruppen beslut om att Örjan och jag skulle etablera en grupp, vilken sedermera blev kallad för SAMU-gruppen, som skulle kunna stödja samverkan mellan organisationerna, till exempel genom att arrangera utbildningar i medicinska frågor. Vi kom också överens om att forskning om samverkan samtidigt skulle kunna genereras genom denna grupp.

Planering

Örjan och jag hade ett första möte i **SAMU-gruppen** i september 2005. Vi diskuterade innehållet i uppdraget, att vi skulle kunna arrangera flera möten, så kallade samverkansarenor, med personal från de olika organisationerna som skulle kunna träffas och delta i planeringen av utvecklingsarbetet, utbyta erfarenheter samt arrangera gemensamma föreläsningar. Vi kom fram till att utvecklingen av samverkan bör ske i samverkan. Vi beslutade oss därför för att utöka vår grupp genom att involvera representanter från tre närliggande kommuner samt primärvården. Örjan skulle kontakta Anna Andersson och Carin Carlsson, som båda hade arbetsledande funktioner inom Hässleholms kommun, för att fråga om de ville delta.

SAMU-gruppen utökades med Carin och Anna och vi fyra hade ett möte i slutet av september 2005. Anna hade bjudit in representanter från två andra närliggande kommuner, men de kom inte. Anna skulle kontakta dem igen. Det framkom att det fanns grupper som arbetade med liknade uppgifter som vår grupp skulle arbeta med, till exempel inom primärvårdens KVH-enhet. Deltagarna i SAMU-gruppen konstaterade att det saknades samordning och överblick över utvecklingsarbetet. Gruppen beslutade sig därför för att kontakta KVH-enheten och bjuda in en representant därifrån till vår grupp, samt att skjuta upp planeringen av interventioner fram till våren.

Deltagarna i gruppen berättade om sina erfarenheter av tidigare samverkansgrupper. De sa att de upplevde att det var värdefullt att träffas mellan organisationerna, eftersom man då kunde hålla sig à jour med vad som hände i andra organisationer. Carin berättade att hon upplevt att

det var lättare att samverka om man hade ett ansikte på de som man samverkade med. Deltagarna berättade att flera av samverkansgrupper hade ”runnit ut i sanden”. De spekulerade att orsaken till det kunde vara att deltagarna hade glömt bort att kalla till möten, samt att det krävdes eldsjälar som drev sådana grupper.

Carin påtalade att det inte var meningen att ”kasta skit” på varandra när de träffades, utan de skulle diskutera på seriöst sätt. Vidare sa hon att ett problem för kommunen var att de väldigt ofta saknade en yrkeskategori, nämligen läkarna. Örjan frågade hur kommunens läkare fungerade, varpå Anna och Carin svarade att de inte hade några läkare där.

Gruppen samtalade om vilka teman som skulle kunna vara aktuella att utveckla samverkan kring. Örjan sa att arbetet med vårdprocesserna inte var aktuellt som projekt, eftersom man vet en del om dem och att det nu arbetas forskningsmässigt med att vidareutveckla dem och att införa dem i verksamheten. Jag frågade deltagarna om deras erfarenheter av vårdprocesserna. Anna svarade att de inte visste någonting om dem. Örjan påpekade att de ändå hade varit med i arbetet med sårprocessen. Anna svarade att de kunde just den processen, men att de annars inte hade varit med i arbetet med de andra vårdprocesserna. De hade bara fått skriftlig information om dem. Jag ifrågasatte om man kunde överföra kunskap genom sådan information. Deltagarna var tveksamma, men Carin sa att det var viktigt att ta till vara det som hade arbetats fram.

– *”De har gått på många minor i en av kommunerna, varför ska vi göra samma fel? När vi i alla fall har ett koncept... Jag känner ibland att man sitter och uppfinner hjulet, flera gånger om dagen”.*

I oktober 2005 hade **styrgruppen** ett möte. Närvarande var Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn och Greta Granér från sjukhuset, Anna Andersson från kommunen och jag. Örjan berättade att de nu hade utvecklat fem vårdprocesser och att medarbetarna inom internmedicin och närsjukvården arbetade i enlighet med dessa. Anna tog upp flera problem vid samverkan med sjukhuset och dessa handlade framför allt om bristande kommunikation. Gruppen diskuterade att det var problem att genomföra vårdprocesserna eftersom vårdpersonalen inte hade mandat att genomföra förändringar ute i verksamheterna. Vidare diskuterades SAMU-gruppens sammansättning och syfte. Gruppen fick till uppgift att presentera en handlingsplan vid nästa

styrgruppsmöte. I sjukhusets minnesanteckningar framgick att SAMU-gruppens syfte var ”att i samverkan och i dialog bidra till kompetensutveckling inom närsjukvårdsarbetet”.

I slutet av oktober 2005 var det ett möte i **SAMU-gruppen**. Den hade då utökats med ännu en medlem, Birgit Bengtsson, som var teamledare inom KVH-enheten. Anna berättade att hon återigen hade varit i kontakt med de två andra kommunerna, men de dök inte upp denna gång heller. Förutom gruppens deltagare, som nu var fem, deltog även Fredrika Fransson och en EU-handläggare från regionen vid detta möte. Fredrika berättade att hon och handläggaren ville undersöka om SAMU-gruppen skulle kunna få EU-stöd i det fortsatta arbetet.

Gruppen samtalade om strategier för utvecklingen av närsjukvård och samverkan. Anna Andersson var kritisk till att de själva skulle leda arbetet och menade att utvecklingen bör komma nerifrån organisationen:

– ”Vi sitter på tusentals möten men om vi inte har folket med oss kommer vi ingenstans med det. Utvecklingen behöver komma nerifrån, sjuksköterskorna står i ett skruvstäd och vet inte hur de ska göra. Detta handlar om ledningen, vi kan inte bara skissa organisationsschema”.

Carin Carlsson tillade att alla lever i sina egna bubblor och har ingen förståelse för varandras arbete. Gruppen samtalade om att förändringsprocesserna borde komma nerifrån, att det borde vara patienten själv som skulle uttrycka hur systemet fungerade. Fredrika tillade: – ”Det är de medarbetare som är närmast patienten som ska forma detta och inte vi administratörer”.

Örjan Öhrn påminde om att gruppens utgångspunkt är vårdprocesserna. Jag föreslog att vi skulle fråga personalen hur vårdprocesserna hade påverkat deras arbete. Anna och Carin sa att de inte tyckte det var en bra idé, eftersom det var många medarbetare inom kommunen som inte kände till dem, förutom sårprocessen som hade genomförts. De sa att om vi ställde frågor om detta kommer det bara att skapa frustration. Jag sa att det verkar som om det fanns ett stopp i utvecklingen av vårdprocesserna och frågade gruppen vad de trodde det berodde på. Birgit svarade att det handlade om ledningen: – ”Det är en ledningsfråga, att se till så att projekten blir genomförda”.

Carin påpekade att informationen hade brustit. Informationen om vårdprocesserna hade inte ens nått cheferna inom kommunen:

- *”Informationen om vårdprocesserna har stannat i de grupper som utvecklat dem. Det handlar om bristande delaktighet. Det var endast två sjuksköterskor med vid informationen och de kunde omöjligt genomföra allt”.*

Fredrika hävdade att flera vårdprocesser redan hade införts i verksamheten och att fler processer skulle utvecklas och införas:

- *”Pilotprojekten har åstadkommit mycket som är eller ska vara implementerat. Det är nu 15 ytterligare vårdprocesser som ska införas”.*

Anna höll inte med Fredrika utan upprepade att många medarbetare inom kommunen inte kände till dessa processer:

- *”Men Fredrika, det här med processer, det har många i kommunen inte en aning om. Jag känner till det för jag hörde om det på sjukhuset, vid chefsläkarutbildningen, att vi helt plötsligt ska börjar jobba i processer. Vi vet inget om det i kommunen, har inte hört talas om det... Vårt folk är inte med”.*

Fredrika fortsatte att hålla fast sin ståndpunkt: – *”De ska vara med”.*

Carin sa att hon kände igen händelseförloppet kring vårdprocesserna. Det innebar att regionen beslutar och att kommunen får delta efter beslutet:

- *”Nu gör man samma sak igen, man beslutar någonting i regionen och sedan, en tid efter projektet har startat, så ska kommunen också vara med”.*

Gruppen fortsatte att diskutera olika problem inom vården som till exempel att multisjuka som inte passar in någonstans blir skickade runt inom systemet, att sjukhuset skriver ut patienter så fort som möjligt varpå de kommer tillbaka till akuten nästföljande dag, att samma patienter får ligga och vänta i åtta timmar på akuten, samt att de avslutar syrgasbehandling för tidigt varpå patienterna kommer till vårdboenden och blir svartblåa i huvudet. Gruppen

diskuterade också olika problem vid vårplanteringar, till exempel att det är en stor förekomst av avvikelserapporter och att dessa inte hanteras, samt att det är ett stort tryck på sjuksköterskan som är ”spindeln i nätet”.

EU-handläggaren frågade om de avsåg att förändra organiseringen av vården. Flera av deltagarna svarade nej, förändringarna handlade bara om att utveckla samverkan och att ha patienten i centrum. Gruppen kom överens om att utforma ett frågeformulär med information om SAMU och frågor till personalen om vad de ville utveckla samverkan omkring.

SAMU-gruppen träffades igen i november 2005 och då var gruppens alla fem medlemmar närvarade. Anna Andersson berättade att hon återigen hade varit i kontakt med de två andra kommunerna som hade sagt att de skulle delta i gruppen. De kom inte denna gång heller. Jag hade formulerat ett informations- och frågeformulär om gruppens arbete till personalen som hade distribuerats ut till dem. Det hade blivit ett mycket litet gensvar. Flera i personalen hade sagt att de tyckte att frågorna var otydliga och förstod inte vad vi ville veta. Deltagarna i gruppen konstaterade också att frågorna var otydliga. Carin Carlsson ifrågasatte hur gruppen arbetade och menade att vi bara sitter här och pratar, men att det inte händer någonting. Deltagarna ställde frågor som

- ”Vad blir det av det här?”
- ”Vilket mandat har vi i gruppen?”
- ”Vad vill vi?”
- ”Vad gör vi egentligen?”

I december 2005 var det möte i **styrgruppen**. Närvarande var Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn, Doris Davidsson och Greta Granér från sjukhuset, samt Anna Andersson från kommunen och jag. Örjan och jag presenterade SAMU-gruppens handlingsplan, där det framkom att gruppens syfte var att stödja utvecklingen av samverkan och dialogen mellan olika vårdgivare för att bidra till kompetensutveckling inom närsjukvårdsarbetet. Vidare förklarade vi att SAMU-gruppens grundidé var att de som skulle utveckla samverkan bör träffas och vara delaktiga i utvecklingen. Vi berättade om planeringen att arrangera ett antal möten mellan olika vårdgivare. Doris poängterade att SAMU-gruppen inte skulle åstadkomma något nytt utan hjälpa till med att genomföra vårdprocesserna genom att träna personalen. Hon skrev

följande om SAMU:s uppgift i mötesanteckningarna: ”Vi diskuterar vikten av att arbeta med befintliga ’system’, vi ska inte utveckla något nytt”.

Nästa möte i **SAMU-gruppen** var i januari 2006. Denna gång var även Doris Davidsson med. På grund av snöstorm var jag cirka tre kvart försenad. När jag anlände var gruppen i full gång med att planera sin första intervention. Gruppen hade beslutat sig för att arrangera en dag med personal från kommunen och regionen med föreläsning och tvärgruppsdialoger. De skulle anlita konsulter från KVH-enheten som skulle hålla i strukturen för dialogerna i tvärgrupper.

I februari 2006 var det ett möte i **styrgruppen**. Närvarande var Doris Davidsson, Fredrika Fransson, Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn och Greta Granér från sjukhuset, Anna Andersson från kommunen och jag. Jag presenterade preliminära forskningsresultat om hindrande faktorer i samverkansprocessen. En sådan faktor var bristande kommunikation mellan ledningen och vårdpersonalen. Fredrika föreslog att alla cheferna skulle delta i SAMU-gruppens planerade interventioner. Anna var först tveksam men lät sig övertalas.

I februari 2006 hade **SAMU-gruppen** möte. Carin Carlsson hade fått förhinder och var därför inte närvarande. Deltagarna hade gjort ett tidsschema för interventionsdagen. De hade bokat en extern föreläsare som skulle berätta om juridiska skillnader mellan hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Trots att vi tidigare i gruppen hade kommit överens om att avsätta tid för deltagarna att ha dialog kring planeringen av den fortsatta processen fanns detta inte med i tidsschemat. Jag tog upp detta och vi diskuterade det. Jag bad deltagarna i SAMU-gruppen om att de skulle observera samspelet i grupperna vid interventionen, vilket vi kom överens om att de skulle göra.

Örjan frågade vem som var ledare för SAMU-gruppen. Flera av deltagarna svarade att ingen var det och konstaterade att det ofta var och bör vara så i samverkansgrupper. Vi diskuterade även gruppens möten och struktur. Birgit Bengtsson ville ha mer struktur, medan Anna Andersson ansåg att det var bra med ostrukturerade möten.

SAMU-gruppen hade ett möte igen i mars 2006. Närvarande var Örjan, Birgit och jag. Anna kom inte, eftersom hon prioriterade ett annat möte och ingen av oss andra visste varför inte Carin dök upp. Föreläsaren som gruppen hade kontaktat för interventionsdagen hade meddelat att hon fått förhinder. Anna hade därför arrangerat en annan föreläsare på samma tema, men

det innebar att datumet fick ändras. Personalen hade redan fått inbjudan, så gruppen fick lov att göra en ny inbjudan.

Örjan uppgav att han hade fått klart för sig att SAMU inte fick göra någonting nytt. Han sa att det är flera ledare inom sjukhuset som säger detta, även sjukhusledningen högre upp. Jag påpekade att vi hade fått direktiv om att processen skulle växa nerifrån samtidigt som vi hade fått direktiv om att deltagarna inte fick lov att göra något nytt. Jag ifrågasatte dessa olika signaler, som kommit vid olika tidpunkter och från olika håll.

Birgit berättade att det hade förekommit klagomål om att det fanns för många grupper som arbetade med samma saker, att flera av grupperna inte hade något beslutsmandat, samt att det inte fanns någon överblick över utvecklingsarbetet. Hon berättade:

– *”Det finns fyra olika grupper som sitter och jobbar med vårdplanering och de har inget beslutsorgan för det utan det är ’tycka-grupper’ där ingen för saker vidare till personer som har mandat och som kan förändra. Sådana grupper är förödande och gagnar inget”.*

Örjan höll med Birgit. Jag prövade idén om att man skulle kunna ha flera grupper som alla arbetade med samma sak för att skapa delaktighet. Birgit svarade nej och sa att en grupp måste ha ett syfte. Örjan höll med Birgit. Vidare sa han att han inte håller med Anna om spridningen av vårdprocesserna:

– *”Jag håller inte med det som Anna sa tidigare, det vill säga att personal inte känner till vårdprocesserna”.*

Jag svarade att det fanns personal inom sjukhuset som inte kände till dem. Birgit menade att det kanske handlade om interna problem:

– *”Det handlar i så fall om interna problem, att kunskaperna inte sprids. Närsjukvårdsutvecklingen vilar på nätverken. Närsjukvårdsdistriktet här har bildat ett nätverk med nio grupper, där var och en arbetar fram arbetsmodeller inom temat för sitt nätverk. Tanken är att dessa sedan ska spridas via ombud. Nätverken handlar om kompetensutbildning och kunskap. Problemet är att nätverksgruppernas deltagare inte kommer till mötena och att engagerade medarbetare måste få lov att gå av chefen. Ett*

annat problem är att deltagare i nätverksgrupperna som får ta beslut har inte alltid kontakt utåt till verksamheterna ”.

Vi fortsatte att planera inför interventionen. Jag föreslog att vi skulle arrangera ett antal möten för att få till stånd en kontinuerlig samverkan. Birgit sa att hon var tveksam till det, eftersom det var problem med att de inte visste vad det var för typ av grupper som skulle komma att bildas vid interventionen. Vi kom överens om att jag skulle informera om aktionsforskning och om samverkansbegreppet, samt att det dessutom skulle vara en presentation av utvecklingsarbetet kring metoder och modeller för vårdplanering.

Referensgruppen för utvecklingsprojektet träffades i mars 2006. Närvarande var Doris Davidsson, Örjan Öhrn och Greta Granér från sjukhuset, Inga Isaksson från KVH-enheten, jag och två andra forskare från högskolan. Deltagarna påpekade att de saknade överblick av vilka arbetsgrupper som fanns, hur arbetet utvecklades och vilka som leder det. Det framkom att det var oklart vilken funktion den övergripande styrgruppen för närsjukvården i området hade och det var även oklart om styrgruppen skulle fortsätta eller läggas ner för att i så fall lägga ansvaret direkt på berörda verksamheter istället.

Jag presenterade ett avsnitt som jag hade skrivit om samverkansprocessen. Inga sa att hon kände igen beskrivningen; att den första fasen präglas av entusiasm för att sedan övergå i en mer problematisk fas då man förväntar att modellerna ska genomföras och spridas.

I slutet av mars hade vi vårt sista möte i **SAMU-gruppen** före vår interventionsdag. Carin Carlsson kom inte och Anna Andersson hade med sig en praktikant. De två hade bråttom och var närvarande bara den första stunden av mötet. Anna hade bokat lokal, mat och material som kunde behövas till interventionsdagen. Det var oklart hur många som var anmälda. Örjan förklarade att det inte var så många, eftersom flera var upptagna av annat och på grund av att vi hade ändrat datum.

När Anna hade gått blev det en diskussion om att det var svårt att få kontakt med Anna och att det var jobbigt att hon uteblev från våra möten. Även Carin hade vid ett flertal gånger uteblivit utan att meddela. Vi diskuterade detta och kom fram till att vi skulle ta upp det till diskussion vid nästa möte. Örjan sa:

– ”Det är kommunen som har tagit initiativet till detta med kompetensöverföring och samverkan, men det går inte att genomföra om de inte är närvarande. Jag undrar vilket engagemang kommunen egentligen har för detta. Konsekvenserna av att de inte kommer blir att det egna engagemanget också försvinner. Jag vill inte fortsätta att planera mer förrän efter interventionen”.

Det **första interventionsmötet** ägde i rum i april 2006. I inbjudan framgick att inbjudna var chefer och vårdpersonal från både kommunen och sjukhuset, samt att temat för dagen var samverkan och utveckling utifrån ett närsjukvårdsperspektiv.

Jag körde dit tillsammans med Birgit Bengtsson och två konsulter från KVH-enheten. De berättade i bilen att de inte hade fått de fallbeskrivningar som de hade bett om att få, samt att det skulle komma många fler deltagare från kommunen än vad de tidigare hade kommit överens om. Överenskommelsen var att det skulle vara sammanlagt 40 deltagare, men Anna Andersson hade bjudit in 38 personer från bara kommunen. Det innebar att det skulle bli 52 deltagare sammanlagt. Det skulle komma verksamhetschefer, enhetschefer, sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer och arbetsterapeuter med flera.

Anna inledde mötet genom att presenterar arrangörerna och presentatörerna. Jag informerade om forskningen och om samverkansbegreppet. Den inbjudna föreläsaren berättade om de juridiska skillnaderna mellan hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Helen Hellström som var utvecklingsansvarig inom sjukhuset och Hanna Hansson som var utvecklingsansvarig från kommun presenterade sin gemensamma modell för vårdplanering. Eftermiddagen ägnades sedan åt dialog i tvärgrupper kring vårdplaneringssituationer samt en gemensam sammanställning av dessa. Örjan Öhrn avslutade dagen genom att föreslå att vi skulle ordna ett nytt möte om några veckor och fortsätta dialogen, vilket deltagarna kom överens om.

SAMU-gruppen hade möte i april 2006. Närvarande var Örjan Öhrn, Birgit Bengtsson, Anna Andersson och jag. I samband med detta möte gjorde jag en gruppintervju med deltagarna om hur de hade uppfattat interventionen. Birgit berättade att hon hade suttit med en grupp med deltagare både från kommunen och sjukhuset och både chefer och personal. Hon sa att hon tyckte att det var en spännande grupp för att det var en sådan mix av deltagare. Hon upplevde att gruppdeltagarna var mycket engagerade i gruppens dialog. Hon beskrev att det inte var så

mycket gnäll utan ett positivt klimat där deltagarna fokuserade på lösningar. Jag frågade henne hur de hanterade olika uppfattningar. Birgit sa att de var ganska överens så de behövde inte hantera det. De såg samma problem, sa hon.

– *”Min spontana upplevelse var att det var en väldigt rolig grupp. Det kändes jätteviktigt hur vi skulle kunna samverka, det var ett viktigt samverkansforum. Absolut är det så...”*

Anna tyckte att det var bra att ha tvärgrupper, men att det även var bra att de olika professionerna från kommunen fick prata med varandra, till exempel sjukgymnasterna och sjuksköterskorna. Hon sa att deltagarna i hennes grupp var också överens om vad det var för problem inom vården, till exempel vid informationsöverföring. Vidare var gruppen överens om att personalen inte orkade läsa dokument under vardagens vårdarbete, till exempel om modeller för vårdplanering. De sa att vardagen var så inrutad att det inte fanns någon tid eller kraft över till det. Någon hade sagt att de skulle se framåt nu och lägga det gamla bakom sig för att försöka göra något gemensamt.

Örjan berättade att han upplevde att det var en bra diskussion i den grupp han satt med i. Han berättade om en sjuksköterska som hade klagat över att det var för lite personal och att de andra inte sa emot eftersom det stämde. Han var förvånad över att det kom fram så bra och rimliga lösningsförslag från gruppdeltagarna.

Jag frågade Örjan varför han inte hade ställt frågor till alla deltagarna om vad de ansåg skulle vara värdefullt att utveckla samverkan omkring. Han svarade att han ansåg att det var bättre att vänta med den frågan till nästa gång de skulle träffas. Birgit sa att hon tyckte det kom alltför många från kommunen till interventionsmötet. Anna förklarade att hon inte kunde säga nej till dem som ville komma, och att hon såg en chans att främja utvecklingen av teamen i kommunen. Gruppen diskuterade sedan sin egen samverkan i SAMU-gruppen, till exempel hur vi hade hanterat olika problem och att Anna hade saknats vid vissa tillfällen. Deltagarna i gruppen analyserade därefter interaktionen i gruppen och grupprocessens olika faser.

SAMU-gruppen hade ett nytt möte maj 2006, då alla var närvarande utom Carin Carlsson. Gruppen planerade nästa intervention och diskuterade erfarenheter från andra samverkansgrupper. I flera av dessa hade utvecklingsarbetet runnit ut i sanden. Det hade varit möten i vissa grupper där det inte hände något utan deltagarna bara satt och tittade på

varandra. Flera sa att de kunde se ett mönster: att ledarskapet brister vid samverkansprocesser. De sa att eftersom det inte är tydligt vem som ska leda arbetet kan detta medföra att ingen håller i ledningen. Örjan sa att han upplevde att det var tungt att leda och att han var orolig över hur mycket han skulle orka axla i SAMU-gruppens process.

I slutet på maj 2006 genomfördes det **andra interventionsmötet**, som var en uppföljning av det första. Det kom cirka 20 deltagare, varav tre eller fyra från kommunen och resten från sjukhuset och några från KVH. Örjan Öhrn inledde med att göra en resumé från förra träffen. En av handledarna från KVH-enheten tog sedan över och återkopplade till diskussionerna från det förra mötet.

Det framkom att flera av deltagarna ville att SAMU-gruppen skulle anordna fler möten och att de ville att någon läkare skulle medverka. Då det var fem minuter kvar frågade Örjan deltagarna vad de ansåg att man borde utveckla samverkan omkring och hur en sådan utveckling skulle kunna stödjas i framtiden. Han visade några olika förslag på teman. Det blev tyst en stund, men sedan sa en av deltagare att frågan var luddig. Det kom ett förslag om att utbilda kommunens personal. En av dessa svarade att de också hade kunskaper i kommunen och att det handlade om ett utbyte av kunskaper.

Örjan frågade om det var några som var intresserade av att fortsätta att träffas. Det var flera som anmälde sitt intresse. Elin Eriksson sa att man inte borde starta flera grupper, men Rune Rudolfsson förklarade syftet med SAMU och sa att han tyckte att det var en bra idé att bilda en ny grupp. Jag sa att SAMU-gruppens ambition är att stödja en process där personalen kan vara med och påverka utvecklingen av samverkan och att man på så sätt kan ta vara på deras kompetens. Helen sa att hon inte tyckte att frågan eller ambitionen var luddig.

Referensgruppen hade möte i juni 2006. Närvarande var Doris Davidsson, Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn och Elin Eriksson från sjukhuset, samt jag och en annan forskare från högskolan. Jag återgav mina erfarenheter, från början och framåt om SAMU-gruppen och interventionerna. Referensgruppen diskuterade forskningsmetoderna. Örjan och jag redogjorde för interventionsmötena och att det var flera som var intresserade av att fortsätta att träffas. Doris tog återigen upp att SAMU-gruppen inte fick åstadkomma något nytt eller fatta några beslut, utan gruppens uppgift var att genomföra vårdprocesserna. Doris skrev följande om SAMU i minnesanteckningarna:

”Utvecklingsfrågorna som väcks i gruppen ska fokusera på vardagssamverkan. Det är ett sätt att få ’trycket att växa underifrån kring ökad samverkan’ utifrån perspektivet ’vad kan jag bidra med här och nu’”.

I augusti 2006 hade **SAMU-gruppen** möte och alla medlemmarna var där. Anna Andersson berättade att hon planerade att anordna en utbildning om säkerhet som hon ville erbjuda till personalen både från kommunen och från sjukhuset. Vidare sa hon att avvikelserapporter mellan kommunen och sjukhuset skrivs för närvarande som om det pågick ett krig inom vården. Hon sa att en avdelning hade börjat ge igen och skrev massor av avvikelserapporter till kommunen.

Gruppen planerade en tredje intervention där vi skulle presentera SAMU-gruppens process och koppla utvecklingen till den nya gruppen, Nya SAMU-gruppen, som höll på att bildas som ett resultat av det andra interventionsmötet. Jag frågade vilka tankar de hade om varför samverkansgrupper rinner ut i sanden. Örjan Öhrn svarade att det kanske är för ansträngande när de ska komma igång och börja jobba i gruppen. Carin Carlsson sa att det kan handla om att det ständigt var något nytt, det var nya deltagare som kom och gruppen måste då börja om på nytt, eller det kunde handla om konflikter som måste redas ut.

I september 2006 var det möte med **styrgruppen**. Från sjukhuset deltog Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn, Elin Eriksson, Greta Granér och Ture Torsson, som var enhetschef på akutmottagningen. Dessutom deltog Inga Isaksson från KVH-enheten och jag, men ingen från kommunen. Inga presenterade den lokala utvecklingen av närsjukvård med fokus på sviktkedjan. Enligt hennes uppfattning var målet att se mer än detaljer:

– ”Vi skulle göra det tillsammans, ingen hade grepp om vad som hände som helhet för patienterna. Vi ville inte göra det traditionella, det vill säga det skulle inte komma uppifrån utan vi skulle se vilket stöd som behövdes i sviktkedjan. Kommunerna sa att de ville in i ett tidigare skede i processen och att sjukhuset inte släppte patienterna... De ser bara foten där och på något annat ställe ser de bara en annan detalj”.

Deltagarna diskuterade brister inom kommunen, samt att det var problematiskt att samverka även med den vanliga primärvården. En av dem hävdade att kommunen inte ville samverka:

– *”Det finns ingen vilja från kommunen. Man kommer ingenstans i dialogen med dem”.*

Inga föreslog att de skulle bilda en ny samverkansgrupp omkring patienter som de definierade som ”mångsökare”. Jag återkopplade till SAMU-gruppen, varpå Inga svarade i skarp ton att det fanns brister i den gruppen, eftersom deltagarna inte hade något mandat.

– *”Vi måste ha personer som har mandat! Det är många omkring patienterna! Anna säger saker i SAMU-gruppen som inte alltid är förankrade och det får inte fortgå”.*

Jag stannade kvar efter mötet och samtalade med Örjan. Han berättade att SAMU-gruppen riskerade att läggas ner och hänvisade till det Inga hade sagt. Jag ifrågasatte detta och sa att det var märkligt att lägga ner gruppen nu precis innan målnöret då en operativ samverkansgrupp skulle starta. Örjan berättade att SAMU-gruppen skulle träffas under morgondagen för att fatta beslut om detta. Jag var inte inbjuden. Jag svarade att det vore synd att lägga ner nu men att jag i så fall skulle skriva om nedläggningen.

Referensgruppen hade möte i oktober 2006. Närvarande var Doris Davidsson, Rune Rudolfsson, Elin Eriksson, Greta Granér, en klinisk lektor, två forskare från högskolan och jag. Jag träffade Örjan Öhrn som hastigast före mötet. Han berättade att SAMU-gruppen hade träffats och kommit fram till att det var problem med att starta en ny SAMU-grupp, eftersom Anna Andersson inte hade något mandat från sin organisation att fatta beslut om det.

Rune berättade på mötet att nya initiativ hade tagits för närsjukvårdsutvecklingen, till exempel hade en ny grupp bildats som fokuserade på multisjuka. Han tog även upp att det var problem med ”vårdgrannarna”, det vill säga kommunerna och primärvården. Han frågade vad det var som gjorde att de inte ville delta i nya grupper eller i något annat nytt. Jag frågade tvärtom vad det kunde vara som gjorde att de inte var här: – *”Vad är det i samspelet mellan er som gör att de andra vårdgrannarna inte kommer på mötena?”*

Det var möte i **SAMU-gruppen** i oktober 2006. Anna Andersson, Birgit Bengtsson, Örjan Öhrn och jag var där, det vill säga alla utom Carin Carlsson. Birgit berättade att Carin troligen hade hoppat av som deltagare. Gruppen berättade för mig att när de hade träffats utan mig hade de kommit fram till att de skulle vänta med att starta upp den nya SAMU-gruppen. Jag

frågade vad det innebar att inte ha mandat och att detta brukar framföras som orsak till att grupper rinner ut i sanden. Örjan sa att det var bättre att det rinner ut i sanden än att något fortsätter som är meningslöst. Birgit sa att hon hade funderat på mandat och om det var så att egentligen hade inte SAMU-gruppen något mandat. Hon sa att hon tyckte att det var hierarkiskt och tungrott inom sjukhusorganisationen, men Örjan höll inte med om det:

– *”Det finns ingen hierarki här, utan det är fritt. Vi har mandat att göra vad vi vill, det finns inga begränsningar”.*

Gruppen diskuterade processen i SAMU- gruppen och deltagarna hade en öppen dialog om vad som hade skett. Örjan tog upp med Anna att han hade varit besviken på henne. Mötet avslutades med ett gemensamt konstaterande att det hade varit ett riktigt bra möte i dag.

SAMU-gruppen träffades återigen några dagar senare och alla var där utom Carin Carlsson. Birgit Bengtsson berättade att det fanns nya politiska direktiv om att alla projekt som inte kunde bevisa att de ledde till något skulle avslutas. Hon sa att det gällde även SAMU-gruppen. Gruppdeltagarna talade om att SAMU-gruppen var som en isolerad ö, att vi deltagare träffades på ön, men att vi inte nådde ut till några andra. Jag frågade gruppen om vad mandat innebar och vilka som hade det:

– *”Vad innebär mandat? Hur är det i grupper med bara vårdpersonal, har de mandat? Vilka mandat har cheferna och vilka mandat har personalen? Är vi i SAMU-gruppen bara en kaffegrupp med chefer som kan besluta men inte genomföra, medan grupper med enbart personal kan genomföra men inte besluta? På så vis kan båda typerna av grupper vara bakbundna av varandra så länge de inte samverkar”.*

Birgit svarade att personalen måste tänka vad de själva kan bidra med, att det var den viktigaste tanken då de arbetar i team. Vidare sa hon att allt inte handlar om ledning. Örjan sa att han tidigare hade tänkt att den nya SAMU-gruppen skulle arbeta självständigt utan någon ledning, men att han hade ändrat sig och föreslog att deltagarna i SAMU-gruppen även skulle delta i nya SAMU-gruppen.

I slutet av november genomfördes ett **tredje interventionsmöte**. Det var cirka 25 personer närvarande. Örjan Öhrn inledde mötet med att konstatera inför alla att det även fanns en

läkare med på detta möte. Helen Hellström presenterade en arbetsmodell för vårdplanering. Hon tog upp att det var problematiskt att personal byter grupper eftersom kunskap då går förlorad. Hon sa att läkarnas förhållningssätt var en del av problematiken vid vårdplanering. Läkaren argumenterade emot det påståendet och de två diskuterade detta.

Efter det presenterade jag olika dilemman som hade identifieras i samverkansprocessen. Det blev en diskussion kring begreppet mandat. Flera av deltagarna ställde frågor om meningen med att samverka. Den deltagande läkaren frågade: – *”Om nu inte SAMU-gruppen har något mandat, varför träffas vi då, vad är meningen med att vi träffas här?”*

En sjukgymnast presenterade därefter ett projekt som de hade genomfört i kommunen. I slutet av dagen tog Örjan upp frågan om hur de skulle gå vidare. Han berättade att ambitionen var att starta en ny SAMU-grupp och erbjöd sig att vara sammankallande till denna grupp. Någon sa att hon befarade att den nya gruppen bara skulle bli en ny grupp utan mandat. Örjan svarade att det skulle kunna bli så om det inte var deltagare från personal och chefer såväl som utvecklingsansvariga.

SAMU-gruppen hade möte i slutet av december 2006 och alla utom Carin Carlsson var närvarande. Anna Andersson hade med sig en bild av det nätverk som utvecklingsarbetet inom sjukhuset skulle vila på och frågade oss andra hur man skulle kunna få ut kunskap ur de bubblor som illustrerades på bilden (Figur 11, sid.133). Hon berättade att den tredje interventionen hade lett till att cheferna i kommunen hade haft mycket diskussioner om mandat. Örjan Öhrn berättade att han hade fått klara signaler från sina chefer högst upp att det är bara att fortsätta med SAMU-gruppens process. Gruppen diskuterade kopplingen mellan SAMU-gruppen och Nya SAMU-gruppen och kom fram till att den nya gruppen ska rapportera till SAMU-gruppen.

I februari 2007 hade **SAMU-gruppen** ett nytt möte. Alla var närvarande utom Anna Andersson. Örjan Öhrn redogjorde för Nya SAMU-gruppens första möte. Vidare berättade han att våren var en försöksperiod för den nya gruppen. Örjan skulle rapportera utfallet till styrgruppen. Birgit Bengtsson berättade att genom SAMU-gruppens arbete hade närsjukvårdsavdelningen arrangerat ett utbyte med en annan avdelning från Centralsjukhuset i Kristianstad, där de också arbetar med närsjukvård. Avdelningarna hade börjat samverka med varandra, berättade hon. Örjan frågade gruppen hur vi skulle kunna visa vad SAMU-gruppen

hade gjort och påverkat. Till mig sa han: – *”Din forskning är också min, det är vår forskning”*.

SAMU-gruppen hade möte igen i mars 2007. Alla utom Carin Carlsson var närvarande. Vid det förra mötet hade frågan tagits upp om att presentera SAMU-gruppens arbete. Efter det mötet skickade jag ut ett förslag om att göra en gemensam poster där vi presenterade gruppens arbete. Jag skickade också med mina erfarenheter, tankar och tolkningar om processen. Detta möte syftade till att fortsätta arbetet med att åstadkomma en gemensam poster.

I gruppen framkom att sjukhusledningen hade sagt att SAMU-gruppen bara pratade och att inget hände. Örjan Öhrn och Anna Andersson berättade att SAMU-gruppen hade varit med och påverkat att det hade skett en positiv utveckling på avdelningen. Vi arbetade fram ett utkast till postern. Efter mötet skickade vi mail till varandra för att göra klart postern. Denna presenterades första gången i april 2007 vid en forsknings- och utvecklingsdag som anordnades av sjukhuset (Figur 8, sid.89).

I april 2007 var det sista mötet i **SAMU-gruppen**. Närvarande var Örjan Öhrn, Birgit Bengtsson och jag. Vi träffades i KVH-enhetens nya lokaler. Jag frågade hur de andra hade upplevt forsknings- och utvecklingsdagen som vi alla tre varit med på. Birgit sa att hon tyckte det var intressant och att hon hade upptäckt att SAMU-gruppen var ett steg före de andra initiativen omkring närsjukvård och samverkan. Hon sa att vi vet att närsjukvård innebär samverkan och att vi förstår mer hur samverkan kan utvecklas, vi tror inte på paketlösningar utan vet att processen tar sin tid. Örjan höll med henne om att vi hade utvecklat kunskaper. Jag förespråkade återigen att arrangera regelbundna möten och frågade hur man annars skulle kunna samverka om man inte träffades regelbundet. De två svarade aldrig på det.

Sammanfattningsvis innebar SAMU-gruppens process och dess interventioner att personal och chefer från både kommunen och regionen möttes. Konflikter synliggjordes och hanterades öppet och man planerade tillsammans nya interventioner inklusive tillkomsten av Nya SAMU-gruppen.

Genomförande

Vi förflyttar oss tre månader tillbaka i tiden. **Nya SAMU-gruppen** hade sitt första möte i januari 2007. Då deltog sex av de tolv personer som kallats till mötet. De valde Örjan Öhrn som ledare för gruppen. Deltagarna utökades efterhand och bestod av både chefer och personal från kommunen, sjukhuset och primärvårdens KVH-enhet. I gruppen fanns företrädare för olika professioner och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Gruppen hade nio möten under drygt ett år, från början av 2007 och fram till försommaren 2008. Det var ett varierat antal deltagare vid mötena, mellan sju och tio personer vid varje möte. Gruppen träffades antingen i sjukhusets, i kommunens eller KVH-enhetens lokaler.

Deltagarna betonade, både när jag var där och i sina minnesanteckningar, vikten av att samverka och att Nya SAMU-gruppen skulle fungera som ett stöd för samverkan. De berättade att de genom gruppen fick inblick i och kunskap om vad som var på gång och vad som gällde, de synliggjorde problem i samband med utskrivningar från sjukhuset och vid patienters övergång mellan öppen och sluten vård. De informerade om pågående förändringar och nya medarbetare, samt gav olika tips till varandra. De uppdaterade också sina telefonnummer till varandra. En kurator berättade om sitt sociala arbete genom att beskriva en fallstudie av en patient som hade missbruksproblematik och demensutveckling. De tipsade varandra om böcker och planerade gemensamma föreläsningar och utbildningar. Deltagarna konstaterade att det var lättare att samverka eftersom de nu hade fått ett ansikte, lärt känna och skapat relationer till varandra. De sa att det måste finnas ”kanaler” mellan kommunen och sjukhuset. Det följande är några utdrag från minnesanteckningar:

”Alla var nöjda med dagens möte och vi känner oss varma i kläderna till att ta nya tag för att förbättra samarbete mellan de olika organisationerna. Genom gruppen öppnar vi upp stängda dörrar och låter oss se in i våra verksamheter. Genom att göra detta ökar vi förståelsen för hur vi har det i vår vardag... Med en god KOMMUNIKATION och att vi kan vara LYHÖRDA för varandra kommer vi att lyckas föra vården vidare och ge våra patienter en god vård” (Fjärde mötet).

”Till sist men inte minst, vi alla tycker att det är mycket angenämt att få vara med i dessa grupper där kommun och region träffas. Eftersom det rings mellan dessa verksamheter kontinuerligt känns det bra när man har ’ett ansikte på den man ringer upp’. Vi har trevligt

när vi träffas och håller oss à jour med vad som händer både i kommunen och regionen” (Sjunde mötet).

I februari 2008 skickade jag ett mail till Örjan Öhrn för att framföra hur jag upplevde Nya SAMU-gruppens funktion. Jag sammanfattade detta i följande punkter:

- ”Hålla sig à jour om vad som händer hos de andra, det är ständiga förändringar, så vet man vem man ska ringa när man behöver samarbeta, vad som är på gång och vad som är möjligt”.
- ”Genom gruppen skapas nya relationer, vilket leder till att det är lättare att samarbeta sedan när man vet vem man ska ringa”.
- ”Tips om olika föreläsningar och annat som är på gång”.
- ”Nya behov formuleras som cheferna fångar upp och åtgärdar, till exempel att nyanställda i kommunen har svårt att se tidiga signaler på hjärtsviktpatienter varpå ledaren inom sjukhuset anordnar en utbildning om detta”.
- ”Problem tas upp och ventileras och i vissa fall kan gruppen direkt ge förslag på åtgärd som kan användas, eftersom gruppen erbjuder en mångfald av kompetenser”.

I maj månad skickade jag ett mail till alla deltagarna i Nya SAMU-gruppen. Jag skrev att jag tänkte på dem då jag läste och skrev om samverkan. Jag hade hittat en sammanfattande beskrivning om fördelar med att samverka, vilket i slutändan ska gynna patienten, som jag skickade till dem:

”Fördelen med samverkan:

Utveckla större mix av skicklighet och kunskap.

Dela gemensamma bekymmer och information.

Möjlighet att påverka beslut.

Undvika dubblering av eller gap i servicen, så det blir en bättre användning av existerande resurser.

Utveckla ett mer omfattande och holistiskt förhållningssätt till problem. Synergieffekten av samverkan blir större än vad man kan göra ensam”.

Vidare skrev jag: – ”Ni kanske kommer på mer. Om Ni har några frågor eller vill dela med er om något får ni gärna höra av er”. Ingen av dem hörde av sig mer.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Nya SAMU-gruppen, som bestod av deltagare från de berörda organisationerna och både chefer och personal, samverkade och planerade gemensamt nya interventioner som skulle kunna främja den fortsatta utvecklingen av närsjukvård genom samverkan.

Delprocess 4: Avslutningen av utvecklingsarbetet

Den fjärde och sista delprocessen startade i augusti 2007. Beskrivningen omfattar tre möten i styrgruppen som ägde rum efter SAMU-gruppens sista möte, det vill säga efter planeringsmomentet i den tredje delprocessen. Vid detta tillfälle hade Nya SAMU-gruppen träffats några gånger. Tidpunkten var strax innan uppföljningen på närsjukvårdsavdelningen. Den fjärde delprocessen skildras inte i de tre momenten beslut, planering och genomförande. Denna process består bara av ett beslutsmoment, men detta utgör samtidigt både ett planerings- och ett genomförandemoment.

I augusti 2007 var det möte i utvecklingsprojektets **styrgrupp**. Vi var bara tre deltagare: Rune Rudolfsson, Greta Granér och jag. Jag frågade de andra två om närsjukvård till stor del handlade om besparingar. Rune svarade att det hade skett stora besparingar, men om närsjukvård handlade om det visste han inte:

– *”Det stämmer att det har varit stora besparingar, både 2004 under hösten och 2005 under våren. Särskilt inom närsjukvården... Största delen av indragningarna har skett på avdelningen”.*

I december 2007 var det möte i **styrgruppen** igen. Närvarande var Fredrika Fransson, Doris Davidsson, Örjan Öhrn, Rune Rudolfsson, Elin Eriksson, Greta Granér och jag. Projektiden skulle löpa ut i september 2008. Deltagarna i gruppen berättade att projektet sedan skulle läggas ned. Jag frågade vad det var som skulle läggas ned. Fredrika förklarade att projektarbetet kommer att upphöra, men att det som har kommit ut av det skulle genomföras inom avdelningen och även andra avdelningar. Hon lämnade mötet innan det hade avslutats. Därefter kom ett förslag deltagarna om att lägga ner Nya SAMU-gruppen. Jag ifrågasatte

varför de ville lägga ner något som de hade lyckats med. Gruppen beslutade sig för att avvakta med beslutet.

Mitt sista möte i **styrgruppen** var i juni 2008. Närvarande var Fredrika Fransson, Örjan Öhrn, Doris Davidsson, Rune Rudolfsson, läkaren Åke Åhman, Greta Granér och jag. Någon frågade hur det fungerade på avdelningen. Först sa flera att de inte kände till det. Sedan svarade Rune att avdelningen håller på med projektet om multisjuka, men att det hade kommit mycket emellan. Åke berättade att de fortfarande arbetar i team, men att det hade blivit färre team. Greta berättade också att sedan förra hösten var det många i personalen som hade sagt upp sina anställningar på avdelningen.

Fredrika berättade att utvecklingsprojektet hade pågått i fem år och att det skulle avslutas och implementeras nu. Doris frågade vad som skulle implementeras. Först blev det tyst en stund och sedan frågade Fredrika mig om vad som skulle implementeras: – *”Har du några reflektioner kring vad det är som ska implementeras?”*

Jag svarade att jag också undrade över det:

– *”Jag undrar också vad som ska implementeras. Det har faktiskt inte hänt särskilt mycket under åren. Troligen beror det på att det har varit flera andra stora förändringar på gång under hela projektiden. Men vad kommer skillnaden att bli då ni lägger ner projektet? Utvecklingen av närsjukvård ska väl fortsätta? Frågan är vilket stöd ni från ledningen ger till den fortsatta utvecklingen”.*

Fredrika svarade att Olle Oscarsson kommer att ha ansvar för verksamheten. Plötsligt föreslog Örjan att Nya SAMU-gruppen skulle läggas ner: – *”Lägg ner den direkt!”*

Jag ifrågasatte varför de ville lägga ner gruppen:

– *”Hur kan det vara att ni vill lägga ner Nya SAMU-gruppen när de jobbar med allt det som ni ville att de skulle jobba med? Till exempel har de utbyte om varandras verksamheter, de har möjlighet att utveckla ett holistiskt perspektiv, att göra vården till en gemensam angelägenhet, allt det innebär väl kompetensutveckling och kraft nerifrån?”*

Örjan höll med om att gruppen förverkligade det som eftersträvats: – *”Jag håller med dig Ingela. Det är jättemycket kraft i gruppen, de förverkligar faktiskt det”*. Fredrika framhärskade ändå att Nya SAMU-gruppen skulle läggas ner: – *”Eftersom målet nu är uppnått ska Nya SAMU-gruppen läggas ner”*.

Jag ifrågasatte detta argument:

– *”Samverkan är ingenting man uppnår, utan det handlar om hur arbetet utförs och det är en ständigt pågående process. Det är ständiga förändringar inom organisationerna, vilket de olika aktörerna behöver informera varandra om”*.

Doris och Fredrika förklarade att nedläggningen av Nya SAMU-gruppen handlade om att de skulle skapa nya grupper:

– *”Vi ska skapa gemensamma arenor i framtiden, aktuella arenor. Men för att kunna skapa nya grupper måste gamla avslutas”*.

Örjan förklarade att nedläggningen också handlade om att han hade för tungt ansvar i processen med Nya SAMU-gruppen: – *”Allt ligger på mig, jag kan inte ta på mig det ansvaret”*.

Fredrika förklarade att det handlade om att förändringarna skulle landa:

– *”De förändringar vi nu står inför måste få landa, sedan får det bli en ny start. Vi får ta tag i det sen”*.

Doris förklarade att de måste lägga ner gruppen framför allt på grund av omvärldsfaktorer:

– *”Vi måste ta hänsyn till omvärldsfaktorer. Vi kan inte överblicka alla konsekvenser idag. Det är förnyelsearbete på gång som bland annat innebär att dra ner på akutvården. Vårt kostnadsläge är också för högt. Det kommer inte att finnas tid till detta.*

Fredrika motiverade beslutet om nedläggningen med hänvisning till aktuella arenor: – *”Vi måste känna in vilka arenor som är aktuella. Vi ska bara ha aktuella arenor”*. Doris tillade att de hade inventerat detta. – *”Vi har gjort en inventering vilka arenor som är aktuella”*.

Fredrika sa att det även handlade även om personfrågor. – *”Ja, så är det också är nya personer på befattningar, så det beror på det också”*.

Det blev tyst en stund. Rune och Doris bläddrade i projektplanen, läste högt ur den och sa: – *”Ja vi har ju faktiskt lyckats!”* Fredrika konstaterade att beslutet var fattat. – *”Gruppen läggs i alla fall ner”*.

Mötet avslutades en timme tidigare än vad som hade planerats. Efter mötet berättade Örjan för mig att han samma dag hade fått besked om att han på grund av besparingar skulle bli omplacerad från att vara utvecklingsansvarig till att återgå till sitt gamla arbete som sjuksköterska.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kommunen och KVH-enheten inte deltog i dessa tre sista möten i styrgruppen. Det som skedde i denna delprocess var att sjukhuset ensidigt beslutade sig för att avsluta arbetet i en grupp som samverkade. Motivet för beslutet var att *”de hade lyckats”*.

Några återföringssituationer

Som komplement till beskrivningarna av de fyra delprocesserna återges i den följande framställningen några ytterligare situationer där det gjordes återföringar av preliminära forskningsresultat. Dessa återföringar gjordes i slutet av forskningsprocessen ute på fältet. På samma sätt som i beskrivningen av den tredje delprocessen är de olika arenorna markerade med fetstil i texten.

I maj 2007 var det ett möte i **styrgruppen**. Närvarande var Rune Rudolfsson, Örjan Öhrn, Åke Åhman, Elin Eriksson, Doris Davidsson, Fredrika Fransson och Greta Granér från sjukhuset, samt Anna Andersson från kommunen och jag. Rune ville att vi skulle diskutera SAMU-grupperna först. Örjan bad mig att berätta om grupperna. Jag föreslog att vi skulle kunna göra en återföring av forskningen på bred front. Gruppens deltagare frågade vad den

återföringen skulle innehålla. Jag svarade att det handlade om olika dilemman i samverkansprocessen. De ville veta mer om dessa dilemman och jag berättade följande:

– *”En vanlig strategi vid utveckling av samverkan är att bilda grupper som ska utveckla kunskap som sedan ska spridas och implementeras. Det har visat sig att det är problematiskt att sprida kunskaper. En metafor för dessa grupper är att de är som isolerade öar, exempelvis SAMU-gruppen. Kunskap utvecklas men den stannar i gruppen”.*

Deltagarna i styrgruppen instämde att det kan fungera så.

Jag berättade om att det har varit svårt med kommunikationsvägar. Vidare presenterade jag begreppen handlingsmandat och beslutmandat och föreslog att gemensamma arenor skulle kunna främja att det hände något, främja utvecklingsprocessen.

Gruppen instämde även i detta. Jag fortsatte:

– *”Ett annat dilemma är att grupperna som bildas ofta ’rinner ut i sanden’, exempelvis var SAMU-gruppen på väg att göra det. Om inte jag som forskare hade följt och dokumenterat processen hade troligen den gruppen också ’runnit ut i sanden’”.*

Anna utropade: – *”Jaaaa, jag instämmer helt!”*

Andra deltagare instämde också. Någon sa att grupper rinner ut eftersom de inte har någon funktion. Det blev också en diskussion om grupper som rinner ut i sanden trots att de har både mening och funktion.

Jag fortsatte att presentera ett antagande om att det fanns två strategier i utvecklingsarbetet:

– *”Det förekommer två strategier inom sjukhuset om hur samverkansprocessen ska utvecklas: dels nerifrån organisationen, där initiativen och idéerna ska komma från aktörerna på golvet. Dels uppifrån, där inget nytt får hända på golvet utan personalen ska implementera de arbetsmodeller som har tagits fram i speciella arbetsgrupper”.*

Fredrika protesterade och sa att vårdprocesserna kom nerifrån genom att det fanns personal i arbetsgrupperna som utvecklade dessa. Jag svarade att de grupperna verkade på den administrativa nivån.

– *”Arbetsgrupperna som utvecklade processerna hade visserligen deltagare från personalen, men dessa grupper kom att fungera som en grupp på administrativ nivå då de arbetade fram modeller som andra skulle implementera”.*

Denna beskrivning höll deltagarna inte med om utan de sa att vårdprocesserna hade utvecklats som ett initiativ nerifrån. Fredrika tackade för återföringen, i synnerhet aspekten om arenornas betydelse. Det blev en diskussion om hur arenor mellan organisationerna skulle kunna arrangeras, men även arenor mellan enheter inom sjukhuset.

Referensgruppen hade möte i maj månad 2007. Närvarande var Rune Rudolfsson, Doris Davidsson, jag och en annan forskare. Vi talade om mitt förslag att återföra forskningsresultaten på bred front. Deltagarna sa att de var positiva och Doris gav mig tips på kontakter som jag kunde ta. Efter mötet kom jag dock fram till att jag inte ville initiera en återföring på bred front. Det skulle innebära att processer sattes igång som sedan behövde följas upp. Min tanke var istället att det måste vara aktörerna på fältet som ber mig att göra en sådan återföring, eftersom det är de som ska äga processen på fältet. Vill de sätta igång sådana processer måste det vara de som frågar efter det.

Vid den **forsknings- och utvecklingsdag** som Hässleholms sjukhus anordnade i oktober 2007 presenterades den poster om arbetsgången i en forskningscirkel som tidigare beskrivits (Figur 8, sid.89) och jag gjorde också en muntlig presentation av preliminära forskningsresultat under rubriken ”Samverkansprocessen kring närsjukvård”. Det var tre parallella presentationer som pågick samtidigt i lokalerna. Uppskattningsvis var det 40 personer i salen där jag hade min presentation, bland andra sjukhuschefen och verksamhetschefen för närsjukvård, Olle Oscarsson.

Min presentation fokuserade på dilemman i samverkansprocessen. Följande punkter togs upp:

- ”Förutom utvecklingen av närsjukvård pågår det andra processer inom sjukhuset som har andra mål och hänsyn. Processer som innebär kontinuerliga förändringar eller krav på förändringar på den operativa nivån, till exempel flytta projekt, besparingar, flytta lokaler, ny organisering, nya målgrupper. Dessa processer försvårar utvecklingen av närsjukvård om inte omöjliggör den”.
- ”En vanlig strategi för utveckling av samverkan är att tillsätta tvärgrupper. Förväntningarna är att gruppdeltagarna ska utveckla kunskaper och metoder som sedan ska spridas ut i verksamheterna. Grupperna utvecklar kunskap men har ofta problem med att sprida detta på det sätt som det förväntas. En metafor för detta fenomen är att betrakta samverkansgrupper som isolerade öar”.
- ”Ofta kan grupper som bildas för samverkansutvecklingen vara homogena. Antingen består de av deltagare endast från den administrativa nivån eller enbart från den operativa nivån. Detta kan innebära att grupperna inte har mandat till att åstadkomma förändringar, det blir stopp i förändringsprocessen. Personalen saknar beslutsmandat, medan administratörerna saknar handlingsmandat, det vill säga de har inte möjlighet att direkt kunna förändra handlingarna som ska utföras inom vårdarbetet”.
- ”Att bilda grupper är en vanlig strategi vid samverkansutveckling. Ofta har dock grupperna ’runnit ut i sanden’. Troligen hänger det ihop med att samverkansgrupper ofta har lös ledningsstruktur samt ingen beredskap för konflikthantering”.
- ”Strukturen och ledningen för närsjukvårdsutvecklingen är otydlig. Det finns två pågående strategier samtidigt. Det finns en top-down strategi, det vill säga att implementera arbetsmodeller som har arbetats fram i en arbetsgrupp, som till exempel vårdprocesserna. Det finns också en bottom-up strategi, det vill säga att stödja personalen och ta till vara deras kompetens och låta dem påverka och ta initiativ i processen att utveckla samverkan”.
- ”En annan aspekt som har framträtt är att ansvariga för närsjukvården försöker utveckla samverkan genom att tillsätta grupper som ska finna optimala metoder, till exempel nya arbetsprocesser, vårdprocesser och modeller för vårdplanering. Nästa steg i denna strategi är att metoderna ska spridas och implementeras ut i verksamheterna. Tankesättet är präglad av strategier som används inom teknik och medicin. En arbetsgrupp utvecklar en apparatur eller medicin som sedan ska implementeras hos användare. Min tanke med denna argumentation är att utveckling

av samverkan handlar om fler aspekter än att finna en bra metod. En bra metod är inte fel, men det finns andra aspekter som är centrala för fungerande samverkan, exempelvis de sociala aspekterna som relationer mellan aktörerna, strategier för konflikthantering, attityder till sig själva och andra och till arbetet, struktur och ledning av samverkan, konkurrens mellan aktörer, samt vilken funktion och vilka roller de olika aktörerna har för sig själva och varandra i samverkansprocessen”.

- ”Samverkansgrupper som träffas har press på sig att utveckla metoder som ska kunna användas av andra också. Ett exempel är ett uttalande av en chef om SAMU-gruppen: ’De bara pratar, de gör inget!’ Det finns lite acceptans för att använda tid till att utveckla egen kunskap eller till att utveckla sociala aspekter som räknades upp i föregående punkt”.

Under presentationen nickade Olle Oscarsson stödjande och igenkännande till mig flera gånger. När jag avslutat ropade han att jag verkligen hade träffat mitt i prick i beskrivningen av dilemman. Han välkomnade mig till deras ledningsgrupp för att stödja dem i den fortsatta utvecklingen av närsjukvården. Men jag hörde aldrig av dem mer.

I april 2008 återförde jag mina preliminära forskningsresultat till **Nya SAMU-gruppen**. Där var cirka tio personer närvarande. Tre kom från kommunen, bland annat en distriktsköterska och en sjukgymnast. Från sjukhuset kom Örjan Öhrn, en sjuksköterska och sjukgymnasten Stina Svensson från närsjukvårdsavdelningen. Dessutom deltog Birgit Bengtsson och en av hennes medarbetare från KVH-enheten. Jag berättade om två teoretiska modeller som illustrerade olika skeden i samverkansprocessen. Jag frågade om de ville ha dynamiska processer. Birgits medarbetare från KVH-enheten svarade att det ville de nog inte. Jag berättade att jag upplevde gruppen som dynamisk, att vi tog upp och pratade om det som hände mellan oss. Birgit sa att hon tyckte att det bara var Anna som lyfte saker i gruppen. Örjan sa att han tyckte att det var en härlig grupp. Jag höll med och sa att jag ansåg att vi lärde oss mycket i gruppen. Birgit höll med om det, men tillade att vi troligen hade olika förväntningar om vad gruppen skulle leda till. Örjan och jag höll med om det.

Tredje delen

KAPITEL VIII

ANALYS AV SAMVERKANSPROCESSEN

Målen med närsjukvård och samverkan

Beslutet om närsjukvård och samverkan fattades i politisk enighet. Även de administrativa cheferna framhöll att de var positiva till och eniga om beslutet. En första fråga i denna analys är vad innebar närsjukvård och samverkan för ledningen och vilka intentioner hade de med beslutet? Den politiska och den administrativa ledningen behandlas i detta avsnitt som en och samma enhet, eftersom båda har beslutsmandat på övergripande nivåer och tillsammans utgör ledningen för den organisation och verksamhet som studerats. I domänteorins språkbruk ingår således både den politiska och den administrativa domänen i ledningen för de studerade organisationerna. De olika domänerna kommer dock att framgå av den följande analysen.

Vad närsjukvård innebar för ledningen

Vad närsjukvård innebar för ledningen inom Region Skåne kan sammanfattas i fyra huvudsakliga kategorier, som framgår av olika dokument och utsagor. Dessa kategorier återspeglar de målsättningar som formulerades av ledningen och som låg bakom utvecklingen av närsjukvård: god vård utifrån patientens behov, egenvård, ekonomisk besparing och samverkan.

Den första kategorin, **god vård utifrån patientens behov**, handlade om att öka vårdkvaliteten på olika sätt. Vården skulle bli lättillgänglig, inge trygghet, vara rättvis, nära, omhändertagande och välkomnade. Utvecklingen av närsjukvården skulle ske utifrån ett patientperspektiv och med en helhetssyn. Beskrivningarna lyfte fram ideala kvalitativa aspekter, som troligen alla medborgare ville att vården skulle omfatta. Beskrivningarna var på så sätt oklanderliga. Samtidigt var beskrivningarna inom denna kategori diffusa. Det var oklart vad närsjukvården egentligen skulle kunna innebära i praktiken.

Den andra kategorin, **egenvård**, handlade om att patienterna i allt högre grad själva skulle kunna sköta en del av sin vård, till exempel vård av vårtor och sår. Det förekom även utsagor om att närsjukvården skulle innebära hälsofrämjande insatser, vilket ofta kopplades samman

med att utveckla egenvård. Den tredje kategorin, **ekonomisk besparing**, handlade om att effektivisera verksamheten, till exempel genom att utveckla samverkan men även genom indragningar av resurser. Den fjärde kategorin, **samverkan**, handlade om hur närsjukvården skulle utvecklas och var därmed egentligen ett delmål under de mer övergripande primära målen. De olika kategorierna sammanfattas i följande tabell.

Tabell 5: Vad närsjukvård innebär för ledningen inom regionen.

Kategori	Citat	Källa
God vård utifrån patientens behov	”Alla regioninvånare skall erbjudas en god närsjukvård. En grundläggande utgångspunkt är att den skall utgå från ett patientperspektiv där ökad tillgänglighet med omhändertagande i patientens miljö är en central komponent”.	Uppdragsbeskrivning för Skånsk Livskraft – vård och hälsa (Region Skåne, 2001a)
	”Den framtida närsjukvården utgår från medborgarnas behov. ... För patienter ska den vara välkomnande, lätt tillgänglig, erbjuda delaktighet och ha en helhetssyn på den enskildes behov”.	Skånsk Livskraft – vård och hälsa (Region Skåne, 2004a)
	”Närsjukvård innebär vård på patientens villkor, vård utifrån patientens behov oavsett organisation”.	Intervju med KVH-enhetens ledning
Egenvård	”Jag har ett bra exempel om vårtor, där information om egenvård skickades hem till patienter som stod i kö för vård av sina vårtor”.	Intervju med borgerlig politiker
	”Patienterna ska vid utskrivningen från slutenvården ha kunskap om sin sjukdom, och vara bekant med tidiga tecken på försämring samt hur man åtgärdar dessa”.	Projektplan CUU-projektet (Region Skåne, 2003c)
Ekonomisk besparing	”En förändring är att förr kunde de privata vårdgivarna skriva ut hur dyra mediciner som helst och skicka räkningen till regionen, men nu får de ta detta ekonomiska ansvar själv, de får betalningsansvar”.	Intervju med socialdemokratisk politiker
	”Det är också en ekonomisk verklighet med närsjukvård. Vårdprocesserna ska utvecklas så att vården blir så effektiv som möjligt ekonomiskt”.	Intervju med borgerlig politiker
	”Det stämmer att det har varit stora besparingar, både 2004 under hösten och 2005 under våren. Särskilt inom närsjukvården”.	Rune Rudolfsson vid Styrgruppsmöte, 2007
Samverkan	”Närsjukvården bygger på ett integrerat arbetssätt mellan olika kompetenser där nya samverkansformer utvecklas. Endast genom samverkan uppnås målet...”	Regionfullmäktige (Region Skåne, 2004a)

Kategorierna god vård utifrån patientens behov och samverkan nämndes i de flesta sammanhang som självklarheter, som själva stommen i närsjukvården. I en annan studie som genomfördes i samma område under samma tid och som också handlade om vad närsjukvård innebar för olika aktörer inom hälso- och sjukvården, framträdde tre andra kategorier i analysen: ”tillgänglighetssyn”, ”kontinuitetssyn” och ”samarbetssyn” (Springett, Blomqvist, Nilsson & Höglund, 2005). Dessa kategorier var förknippade med begreppet när i närsjukvård. Vården skulle ges nära i tid, inom närområdet, nära i relation, det vill säga med en kontinuitet i relationer, samt genom nära samarbete, vilket innebar att det skulle finnas öppna vägar för samverkan mellan de olika aktörerna inom vården. Dessa kategorier kan jämföras med kategorierna god vård utifrån patientens behov och samverkan, eftersom de har liknande innebörder. I den andra studien förekom däremot inga utsagor om egenvård och ekonomiska besparingar. Detta talar för att god vård utifrån patientens behov och samverkan var de centrala kategorierna i detta sammanhang.

Vid intervjun med en av cheferna inom Hässleholms kommun framkom att hon hade liknade utsagor om vad närsjukvård innebar, som den politiska och administrativa ledningen inom regionen hade uppgett. Det var utsagor som kunde kategoriseras under god vård utifrån patientens behov, samverkan, samt ekonomiska besparingar.

I ett försök att sammanfatta vad närsjukvård innebar för både den regionala och den kommunala ledningen kan de fyra kategorierna sammanknippas med varandra på följande vis. Närsjukvård innebar att god vård skulle utvecklas utifrån patientens behov och genom samverkan, samtidigt som utveckling av egenvård och ekonomiska besparingar skulle genomföras. Att utveckla egenvård skulle kunna innebära att resurser frigjordes, men detta var troligen inte tillräckligt för de besparingar som var aktuella och planerade. Den regionala och kommunala ledningens utsagor om vad närsjukvård innebar kan sammanfattas med att de handlade både om att öka kvaliteten på vården och att göra besparingar.

Vad närsjukvård inte innebar för ledningen

I några av intervjuerna och dokumenten uppgav den politiska och administrativa ledningen inom Region Skåne vad närsjukvård inte skulle innebära. I dessa utsagor framgår även vissa intentioner som ledningen hade med närsjukvården. En sammanställning av dessa inte-utsagor

kan därför fungera som stöd för att förstå vilka problem som ledningen avsåg att eliminera genom införandet av närsjukvård. Inte-utsagorna har delats in i tre kategorier: inte resursslöseri, inte detaljperspektiv och inte organisationsförändring.

Den första kategorin, **inte resursslöseri**, handlade om att personalen skulle spara på de resurser som stod till förfogande. Den andra kategorin, **inte detaljperspektiv**, handlade om att personalen skulle vidga sitt perspektiv genom att se mer av patienten än enbart den sjukdom som behandlades. Den tredje kategorin, **inte organisationsförändring**, handlade om att de förändringar som skulle genomföras var begränsade till den professionella domänen. De tre kategorierna sammanfattas i följande tabell.

Tabell 6: Vad närsjukvård inte innebar för ledningen inom regionen.

Kategori	Citat	Källa
Inte resurs-slöseri	<i>”Utvecklingen av vårdprocesser ska innebära att patienterna hamnar på rätt instans och att personalen inte gör fel saker”.</i>	Intervju med borgerlig politiker
	<i>”Närsjukvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvården och kunna tillgodose huvuddelen av de vardagliga sjukvårdsbehoven för att på så sätt minimera belastningen på sjukvården av banala åkommor”.</i>	Uppdragsbeskrivning för Skånsk Livskraft – vård och hälsa (Region Skåne, 2001a)
Inte detalj-perspektiv	<i>”Vi skulle göra det tillsammans, ingen hade grepp om vad som hände som helhet för patienterna. ... Kommunerna sa att de ville in i ett tidigare skede i processen och att sjukhuset inte släppte patienterna... De ser bara foten där och på något annat ställe ser de bara en annan detalj”.</i>	Inga Isaksson, vid Styrgruppsmöte, 2006
Inte orga-nisations-förändring	<i>”Skånsk livskraft – vård och hälsa är inte i första hand en organisationsförändring, utan handlar om vårt sätt att samarbeta och utgår ifrån kärnan i verksamheten: mötet med patienten”.</i>	Skånsk Livskraft – Vård och hälsa (Region Skåne, 2003b)

Ledningen inom regionen fokuserade alltså huvudsakligen på problem relaterade till vårdpersonalen och deras arbete. Vid intervjun med en av cheferna inom den kommunala hemtjänsten uppgav även hon vad hon ville att närsjukvård inte skulle innebära. Hennes utsagor handlade främst om att hantera eller eliminera problem på den professionella nivån. Sammanfattningsvis kan därför konstateras att den politiska och administrativa ledningen,

både inom regionen och kommunen, gjorde utsagor om vad närsjukvård inte skulle innebära som hade fokus på problem främst inom den professionella domänen. Ledningen identifierade dessa problem och utvecklingen av närsjukvård syftade till att lösa dem. Den centrala åtgärden i detta sammanhang var att de professionella utvecklade samverkan inom och mellan sin respektive professionella domän.

Vad samverkan innebar för ledningen

Som framgått av den tidigare framställningen fanns det höga förväntningar om att en utveckling av närsjukvård skulle både öka vårdkvaliteten och generera ekonomiska besparingar inom hälso- och sjukvården. Detta skulle till stor del åstadkommas genom en ökad samverkan mellan de olika verksamheter som närsjukvården omfattade, det vill säga den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården och en del av sjukhusvården. Vad samverkan innebar för ledningen i regionen har sammanställts i fyra kategorier: utveckling av vårdprocesser, omfördelning av makt, omfördelning av resurser och kunskapssökande personal.

Den första kategorin, **utveckling av vårdprocesser**, var central för utvecklingen av samverkan. Denna utveckling innebar en samverkan som var präglad av ett positivt givande och tagande mellan olika professioner, såväl som mellan olika organisationer. Väsentligt för en vårdprocess var att patienterna inte själva skulle behöva söka rätt vård utan att de blev slussade smidigt mellan olika vårdgivare så att de inte skulle märka vilken de fick vård av.

Den andra kategorin, **omfördelning av makt**, innebar att personalen skulle kunna påverka andra verksamheters beslut. Intentioner fanns att personal inom primärvården skulle kunna påverka beslut om patienters direktinläggningar på sjukhusets vårdavdelningar. Det fanns också intentioner, från chefer inom kommunen, att kommunal vårdpersonal skulle kunna påverka beslut om direktinläggningar av patienter på sjukhuset.

Den tredje kategorin, **omfördelning av resurser**, byggde på utsagor från politiker om att personal skulle kunna omplaceras från sjukhus till vårdcentraler. Den fjärde kategorin, **kunskapssökande personal**, var en vision som kom från chefer inom KVH-enheten. Denna vision handlade om att patienter inte själva skulle behöva söka efter rätt instans inom hälso- och sjukvården utan att den personal som patienten sökte vård hos skulle ombesörja att

patienten fick rätt vård. Denna kategori liknar kategorin utveckling av vårdprocesser, där det var frågan om att patienten inte skulle märka hos vårdgivare han eller hon blev behandlad. De olika kategorierna sammanfattas i följande diagram.

Tabell 7: Vad samverkan innebär för ledningen inom regionen.

Kategori	Citat	Källa
Utveckling av vårdprocesser	”Det handlar om att utveckla samarbetet mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialiserad sjukhusvård, samt få ett flöde av kompetens mellan de olika organisationerna.”	CUU-projektplan (Region Skåne, 2003c)
	”Jag brukar säga att det ska vara en sömlös vård, där patienten inte känner av övergången från en instans till en annan.”	Intervju med borgerlig politiker
	”Närsjukvården bygger på ett integrerat arbetssätt mellan olika kompetenser där nya samverkansformer utvecklas. Endast genom samverkan uppnås målet...”	Regionfullmäktige (Region Skåne, 2004a)
	”Patienten ska inte märka om du tillhör hemtjänsten, KVH, eller annat. Det handlar om tydlighet och hur vi underlättar för varandra.”	Intervju med KVH-enhetens ledning
Omfördelning av makt	”Vi ville också ha en del direkta inläggningar av gamla till sjukhus, så att vårdcentraler kunde ringa dit direkt.”	Intervju med socialdemokratisk politiker
Omfördelning av resurser	”Ett av våra mål var att närsjukvården skulle omfatta 80 % av den totala sjukvården. Detta skulle ske genom att stora delar av sjukvårdens personal, bland andra läkare och barnmorskor, skulle föras ut till vårdcentralerna. Ambitionen var att vårdcentralerna skulle ha kvällsöppet för att utöka sin kapacitet.”	Intervju med socialdemokratisk politiker
Kunskapssökande personal	”Det handlar om att personalen ska ta reda på saker, det jag inte vet som personal ska jag ringa och fråga om.”	Intervju med KVH-enhetens ledning

Sammanfattningsvis kan konstateras att på samma sätt som när det gällde närsjukvård innebär samverkan för den regionala ledningen och delvis även för den kommunala ledningen att utvecklingen skulle ske mellan olika professionella grupper och avgränsat till den professionella domänen. Uttryckt i termer av Axelssons och Bihari-Axelssons (2007) typologi

innebar samverkan för ledningen framför allt en horisontell integrering, att utveckla samarbetet inom och mellan olika professionella grupperingar.

Ledningens föreställningar om att närsjukvården skulle innebära förbättringar av vården samtidigt som besparingar skulle ske var lätt att ansluta sig och vara positiv till oavsett politisk inriktning eller professionell tillhörighet. Detta kan jämföras med Bloms (2006) studie av hur införandet av marknadsorientering inom offentliga sektorn gick till. Hans utgångspunkt var att införandet av marknadsorientering inte grundade sig på klienters behov utan på andra orsaker, som handlade om problem inom organisationer. Införandet kunde trots detta ske genom att ledningen använde innehållslösa argument, så kallade plattityder. Dessa plattityder användes för att hålla andra mindre önskvärda förändringar i skymundan (Blom, 2006). Att utveckla god vård utifrån patientens behov samt att utveckla samverkan kan betraktas som typiska plattityder. Att närsjukvård samtidigt skulle innebära att dra in resurser och omfördela personal kom mer i skymundan bakom dessa plattityder.

Vad närsjukvård och samverkan innebar på avdelningen

I samband med mina intervjuer och dialoger med personal på närsjukvårdsavdelningen vid Hässleholms sjukhus i augusti 2005 framkom fyra kategorier som sammanfattar vad utvecklingen av närsjukvård innebar för personalen på avdelningen: ledningens visioner, omstruktureringar, ekonomiska besparingar och bättre samverkan.

Den första kategorin, **ledningens visioner**, innehöll beskrivningar av att utvecklingsarbetet var ett initiativ som kom från ledningen och att personalen vid avdelningen inte var närmare insatt i vad närsjukvård innebar. Den andra kategorin, **omstruktureringar**, handlade om att avdelningen hade slagits samman med andra avdelningar och flyttats till andra lokaler. Den tredje kategorin, **ekonomiska besparingar**, handlade om att det pågick neddragningar av personalresurser och att avdelningen fick ett ökat antal vårdplatser. Den fjärde kategorin, **bättre samverkan**, handlade om att vårdarbetet skulle kunna flyta bättre om kontakterna kunde förbättras mellan olika professioner och personalkategorier. Omstruktureringarna och de ekonomiska besparingarna var realiteter, eftersom de genomfördes på avdelningen vid denna tidpunkt. Personalen uppgav också att de förändringar som redan genomförts hade inneburit försämringar av vården. Dessa fyra kategorier sammanfattas i Tabell 8.

Tabell 8: Vad närsjukvård och samverkan innebar för avdelningen.

Kategori	Citat	Källa
Ledningens visioner	<i>"Det var en chef som sa att det [närsjukvård] är vad vi sysslar med, men jag vet inte vad det är".</i>	Intervju/dialog med sjuksköterska på avdelningen
Omstruktureringar	<i>"Vår avdelning ska slås samman med andra avdelningar. Det är en ny organisation som ska genomföras."</i>	Intervju/dialog med sjuksköterska på avdelningen
	<i>"Vi kommer att ha långt till röntgen. Det finns vissa risker med det, eftersom det inte finns någon transport och patienter ska ofta dit. Varje dag ska någon dit, och tänk om det blir hjärtstopp!"</i>	Intervju/dialog med administratör på avdelningen
Ekonomiska besparingar	<i>"De pratade mycket om det i mars 2005...Efter informationen kom bara neddragningar."</i>	Intervju/dialog med sjuksköterska på avdelningen
Bättre samverkan	<i>"Jag kan se fördelen med att se helheten. Det blir bättre kontakt och vi kan då vårda patienten på bästa vis. Det är en fördel om man vet vem man ska nå direkt. Det behövs mer kontakter."</i>	Intervju/dialog med undersköterska på avdelningen

Inom samma avdelning gjordes 2007 en uppföljande studie med samma frågeställningar, det vill säga vad närsjukvård och samverkan innebar för personalen. En ytterligare fråga tillades som handlade om eventuella förändringar som hade skett sedan förra studien. Vid detta tillfälle var utsagorna om vad närsjukvård innebar likartade med de utsagor som framkom 2005. De kunde inordnas under samma kategorier som framkom två år tidigare, det vill säga kategorierna **ledningens visioner**, **omstruktureringar**, **ekonomiska besparingar** och **bättre samverkan**. Därutöver framkom ytterligare en kategori, en som ledningen hade haft sedan tidigare, nämligen **god vård utifrån patientens behov**.

Vid båda tillfällena då material genererades på avdelningen framträdde det tydligt att samverkan var centralt för vårdarbetet, såväl inom den egna organisationen som i kontakterna med andra organisationer. Vid båda tillfällena uppgav personalen att de såg behov av att utveckla samverkan. De berättade att detta skulle kunna innebära att utveckla ett helhetsperspektiv på patienten, att bygga relationer till andra personalkategorier, samt att

skapa bättre kontakt med andra vårdgivare såväl som med patienterna. De uppgav också att en bättre samverkan skulle kunna leda till att vårdarbetet underlättades och att patienterna fick bättre vård.

De förändringar som hade skett mellan 2005 och 2007 i samband med införandet av närsjukvård var att avdelningen hade fått ta emot en ny patientgrupp, ortopedpatienter, som inte behövde akut vård. Personalen berättade att de från början inte hade haft kompetens att vårda denna grupp och att de tvingats att lära sig detta efterhand. En annan förändring som hade skett var att personalen hade börjat arbeta i team på avdelningen. De uppgav att teamarbetet innebar att de samverkande bättre, såväl inom organisationen som utåt mot andra organisationer, vilket underlättade vårdarbetet avsevärt. Insatser som kunde kategoriseras som god vård utifrån patientens behov, hade också till viss del genomförts.

Patienternas och de anhörigas röster från närsjukvårdsavdelningen var kritiska till vården. De berättade att det var endast i vissa situationer som de erbjöds vara delaktiga i vården. Det var ofta i sådana situationer där de inte ville vara delaktiga, eftersom de ansåg att det var personalen som hade de kunskaper som behövdes för att hantera situationerna. Det handlade om att välja behandlingsform, att ta eller ge en spruta, samt att sköta allt det praktiska kring sin egen utskrivning. Däremot ville patienterna ha möjligheter att vara mer delaktiga i beslut om tillgänglighet till vårdplatser, vilket de gav exempel på att de inte fick. Patienter förklarade att ledningen för vården hade alltför stort fokus på ekonomiska besparingar och att det innebar försämringar. De uppgav också att samverkan inom vården innebar att patienter och anhöriga skickades runt mellan olika sjukhus. Sammanfattningsvis kan konstateras att för patienterna innebar närsjukvården framför allt ekonomiska besparingar, påtryckningar om egenvård, samt och att bli skickad mellan olika sjukhus.

Det blev ibland kraftmätningar mellan patienter och anhöriga å ena sidan och personalen på den andra sidan. Personalen försökte lägga över ansvar på patienter och anhöriga, medan dessa försökte lägga tillbaka ansvaret genom att betona sin egen svaghet i fråga om kunskap och färdigheter. I domänteorin framgår det att konflikter kan uppstå mellan domänerna i en organisation på grund av de kulturskillnader som finns mellan de olika domänerna. I denna studie visade det sig att patienterna och de anhöriga utgjorde ytterligare en domän vid sidan av de politiska, administrativa och professionella domänerna. Det är denna domän som, efter Olsson (1988), skulle kunna kallas för brukardomänen.

Personalen upplevde att närsjukvård var ett initiativ som kom från ledningen och att förändringarna hade negativa konsekvenser för det praktiska vårdarbetet. För personalen var det ett initiativ som innebar försämringar av hälso- och sjukvården. Även patienterna upplevde försämringar inom vården, som bristande delaktighet och stora ekonomiska besparingar. Personalens bristande delaktighet i utvecklingsprocessen i kombination med att införandet av närsjukvård i praktiken innebar omstruktureringar, nya krav och ekonomiska besparingar, innebar att förändringarna inte hade förankrats och att det troligen även fanns ett motstånd hos personalen inom avdelningen.

Även om personalen var kritiska mot det pågående utvecklingsarbetet var de positiva till en del av närsjukvården, nämligen att utveckla samverkan. De berättade att det fanns behov av detta och att en utveckling av samverkan skulle kunna förbättra kvaliteten på hälso- och sjukvården. Vid uppföljningen 2007 hade personalen vid avdelningen börjat arbeta i team. Deras erfarenhet av denna arbetsform var att samverkan utvecklades och att vårdkvaliteten förbättrades. Teamen innebar en bättre samverkan mellan personalen på avdelningen, men även med andra professioner inom sjukhuset, såsom sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Personalen berättade att teamarbetet hade inneburit en bättre samverkan även med andra vårdgivare, till exempel den kommunala hemtjänsten. Teamarbetet hade också inneburit att samverkan hade utvecklats mellan personalen och patienterna.

Det fanns fortfarande en del utsagor om bristande samverkan med kommunerna och med den administrativa ledningen på sjukhuset. Trots det hade införandet av team genererat både horisontell och vertikal samverkan. De hade inneburit en bättre samverkan inom och mellan olika professionella grupperingar inom sjukhuset, mellan professionella från sjukhuset och kommunen, mellan den professionella och den administrativa domänen inom sjukhuset, samt mellan professionella och patienter. Detta kan kopplas till Liljegrens (2008) slutsatser om att det interna arbetet på en arbetsplats får konsekvenser för relationerna till andra professionella grupper. Denna studie bekräftar antagandet om att det finns ett komplext samband mellan samverkan inom organisationen och samverkan med andra organisationer. Även Seemans (1996) studie visar på att det i offentliga organisationer finns ett samband mellan vertikal och horisontell samverkan inom och mellan olika organisationer.

Gemensam målsättning

Deltagarna inom de politiska, administrativa och professionella domänerna hade likartade utsagor om vad närsjukvård innebar, det handlade framför allt om god vård utifrån patientens behov, men även om egenvård, ekonomiska besparingar samt att det hela skulle genomföras genom att utveckla samverkan. De olika domänerna poängterade dock olika aspekter av samverkan. Ledningen hade fokus på byråkratiska aspekter som att planera utvecklingen av vårdprocesser och att omfördela makt och resurser. De avgränsade utvecklingen av samverkan till att handla om horisontell integrering inom och mellan olika professionella grupperingar. Personalen talade däremot om bristande integrering i både och horisontell och vertikal riktning. De poängterade också sociala aspekter av samverkan, som att utveckla relationer.

Utsagorna kring vad närsjukvård innebar var alltså likartade inom de olika domänerna, men det var skillnad på hur dessa var förankrade. För ledningen inom regionen framstod målen som väl förankrade. För de professionella inom sjukhuset var däremot närsjukvården inte så väl förankrad, utan deras utsagor handlade om vad de trodde att ledningen menade att närsjukvård skulle innebära. De uppgav mål som de uppfattade att ledningen ville genomföra, men som de själva var kritiska till. Domänerna var därmed upptagna med olika problemställningar i samverkansprocessen. Den politiska och administrativa ledningen var fokuserad på önskelistor om förändringar som de ville förverkliga inom den professionella domänen, samtidigt som det var oklart och problematiskt hur detta förverkligande skulle ske. Personalen var upptagen av bristen på delaktighet i processen samt den kritik de hade mot initiativet.

En annan skillnad mellan domänerna var attityderna till närsjukvård och dess målsättningar. Ledningen inom regionen framhöll det positiva med närsjukvården medan personalens attityder inrymde svårigheter och försämringar. Ledningen framhöll att närsjukvården skulle öka kvaliteten på vården och att samverkan skulle utvecklas. Personalen poängterade däremot konsekvenserna av besparingar och omstruktureringar, samt bristen på delaktighet i samverkansprocessen. Att utveckla en god vård utifrån patientens behov betraktade de som en självklarhet. Personalen tyckte att de alltid hade strävat efter detta, men vid införandet av närsjukvården fick de krav på sig att förbättra vården samtidigt som stora omstruktureringar och ekonomiska besparingar skulle genomföras. Dessa besparingar och omstruktureringar

upplevdes som hinder och försämringar av vården. Min tolkning är att personalen upplevde att införandet av närsjukvård var ett innehållslöst initiativ från ledningen. De fick krav på sig att arbeta med utveckling samtidigt som förutsättningarna försämrades. Initiativet uppfattades därför närmast som en förolämpning mot dem.

Det fanns alltså förhoppningar om att närsjukvård skulle innebära en bättre hälso- och sjukvård, men utvecklingen av närsjukvård kom i praktiken att innebära utmaningar och svårigheter som indragningar av resurser och omstruktureringar. Ett hinder i utvecklingsprocessen var att ledningen framhöll de positiva förväntningarna om närsjukvård, men höll utmaningar och svårigheter mer i det fördolda. Det kan ha inneburit att de andra deltagarna "tvingades" att lyfta fram dessa utmaningar och svårigheter för att få en mer enhetlig bild av vad utvecklingen totalt sett innebar. På så sätt bildades två föreställningar om närsjukvård som hade svårt att mötas och samverka, en föreställning dominerad av förhoppningar och en dominerad av svårigheter. Cheferna från kommunen anslöt sig till den föreställning som dominerades av svårigheter och framhöll kommunens bristande delaktighet samt att vårdprocesserna inte var kända inom kommunen. Cheferna inom sjukhuset responderade inte märkbart på den negativa bilden utan svarade helt enkelt att vårdprocesserna skulle vara implementerade och kända. De olika föreställningarna påverkade och förändrade inte varandra märkbart i detta skede av processen, utan de existerade sida vid sida utan förändringar.

Det är en vanlig uppfattning om samverkan att det är viktigt med gemensamma mål (Sherif, 1966), samtidigt som det har visat sig att det kan förekomma flera mål på olika nivåer vid samverkan och att dessa ofta kan vara motstridiga (Huxham & Vangen, 2005). Uppfattningen att det är viktigt att ha ett gemensamt mål var väl förankrad hos politiker såväl som hos regionledningen i denna studie. Troligen var det i detta perspektiv en fördel med ett diffust och oklanderligt mål som man kunde enas omkring. Även personalen uppgav likartade mål, men de var inte förankrade utan det var mål som de uppfattade att ledningen ville uppnå. Situationen anknyter till Huxham och Vangens (2005, sid.61) uttalande om att "vi måste ha gemensamma syften, men vi kan inte vara överens om dem".

Om målet är att utveckla en god vård utifrån patienternas behov kan detta i flera enskilda fall troligen även uppnås av enskilda vårdaktörer utan att samverka med andra. Om målet däremot är att utveckla samverkan, kan detta inte uppnås ensam utan andra aktörer. För att uppnå

Samverkan krävs ett ömsesidigt beroende av andra för att lyckas. Brown (2000) hävdar att det är viktigt för att lyckas uppnå målen vid samverkan att aktörerna är ömsesidigt beroende av varandra. Även Åhgren (2010b) har kommit fram till en liknande slutsats om samverkan i närsjukvård. Målet om samverkan i denna studie handlade framförallt om samverkan inom och mellan olika professionella grupperingar, det vill säga horisontell integrering. Samtidigt visade det sig att utvecklingen av horisontell integrering var beroende av vertikal integrering. Eftersom sjukhuset är en offentlig organisation som är uppbyggd av flera domäner som har olika uppgifter och ansvarsområden, finns ett beroende mellan dem. Detta beroende visade sig då uppgiften var att utveckla horisontell samverkan mellan professionella från olika organisationer. Den administrativa ledningen var beroende av att de professionella utvecklade samverkan, medan dessa var beroende av stöd från ledningen och handlingsfrihet för att kunna utveckla samverkan. Återigen kan konstateras att det fanns ett komplext samband mellan samverkan inom organisationen och samverkan med andra organisationer.

Samverkansprocessens betydelse

En fråga som är viktig för att förstå den studerade samverkansprocessen handlar om varför beslutet om att utveckla närsjukvård och samverkan fattades och vilken betydelse samverkan hade i detta sammanhang. Tiden innan beslutet fattades förekom kritik mot hälso- och sjukvården, både från forskare och i den allmänna samhällsdebatten. Kritiken handlade om att den offentliga sektorn var trög, byråkratisk och inte funktionell för sina uppgifter (Hjern, 2007). Vidare framkom att det hade skett stora indragningar av resurser samtidigt som det hade tillkommit fler patienter. Hälso- och sjukvården blev därför mer och mer svårtillgänglig och tvingades att prioritera patienter. Det kom dessutom kritiska synpunkter på att hälso- och sjukvården enbart gav stöd och omsorg till personer med omfattande vårdbehov, medan andra grupper fick stå utanför (Larsson & Szebehely, 2006).

Kritiken innebar utmaningar för de ansvariga inom hälso- och sjukvården. Det handlade om att behålla det svenska välfärdssamhällets goda rykte. Enligt Czarniawska-Joerges (1988) är det ofta som beslut om förändringar inom politiska organisationer fattas och genomförs för att vinna legitimitet i samhället. Troligen hade den politiska ledningen inom Region Skåne ett gemensamt intresse av att bibehålla eller återvinna hälso- och sjukvårdens legitimitet i samhället och fattade därför detta enhälliga beslut om närsjukvård.

Vid beslutet framhölls bristande samverkan som ett huvudproblem. På så vis gjordes ansvaret för bristerna inom hälso- och sjukvården till någonting gemensamt för regionen och kommunerna. På så sätt kunde de olika organisationerna och verksamheterna inom hälso- och sjukvården undvika självgranskning och istället projicera problematiken på varandra. Dessutom var åtgärden om samverkan kostnadsfri och begränsades till att handla framförallt om den professionella domänen. Enligt Hjern (2007) handlar emellertid den offentliga sektorns problem framförallt om att den är trög, byråkratisk och icke funktionell. Dessa problem kan närmast knytas till den administrativa domänen.

Ragneklints (2002) avhandling visar att utvecklingsprojekt inom hälso- och sjukvårdens organisationer vanligtvis är fokuserade på och begränsade till den vårdprofessionella domänen, vilket stämmer väl med denna studie. Enligt Kouzes och Mico (1979) sker det dessutom sällan något möte mellan de olika domänerna i en människobehandlande organisation, vilket innebär att det därför inte heller sker några större förändringar av organisationens struktur eller värderingssystem (se även Ragneklint, 2002). Denna studie bekräftar i stort sett dessa slutsatser, men med tillägget att det faktiskt visade sig att de arenor som skapades för kommunikation mellan domänerna resulterade i utveckling av samverkan.

En annan faktor som kan ha påverkat att beslutet om att utveckla närsjukvård genom samverkan fattades, kan ha handlat om att begreppet samverkan fungerade närmast som en trend i samhället. Trender har visat sig ha en tendens att antas relativt oreflekterat. Susanna Johansson (2011) bekräftar detta i sin avhandling om myndigheters samverkan i barnahus. Hon hävdar att det fanns en mer kritisk debatt om samverkan på 1970-talet. Enligt hennes uppfattning förekommer det idag alltför höga förväntningar på samverkan och fenomenet betraktas ofta utifrån ett konsensusperspektiv. ”Samverkan utgör idag snarare ett självklart positivt värdeladdat ord och ett koncept som är svårt att ifrågasätta, kanske till och med kontroversiellt” (Johansson, 2011, sid.73). Denna samhällstrend påverkade i denna studie troligen beslutet om närsjukvård genom samverkan, samtidigt som detta förknippades med höga oklanderliga förväntningar.

Hasselblad, Bejerot och Gustafsson (2008) hävdar att de senaste årens organisatoriska förändringar har inneburit införande av nya styrningsideal. I nyinstitutionalismens anda kan det vara så att beslutet om närsjukvård och samverkan handlade om att legitimera hälso- och sjukvården samtidigt som indragningar av resurser genomfördes. Begreppen närsjukvård och

samverkan fungerade i detta sammanhang närmast som plattityder (Blom, 2006). Dessa begrepp ställde sig så gott som alla positiva till. Något tillspetsat kan det hela formuleras så att bakom den goda samverkans kulisser pågick en nedmontering av välfärden. Frågan är då vad som egentligen hände i den studerade utvecklingen av samverkan? Vilka strategier användes och vad resulterade detta i? Var begreppen samverkan och närsjukvård enbart plattityder eller fanns det några verkliga ambitioner med utvecklingen?

Samverkansprocessen

Samverkan är en komplex process som inte låter sig beskrivas på ett enkelt sätt. Den tidigare beskrivningen har utgått ifrån ett fältteoretiskt perspektiv, vilket innebär att det har funnits en strävan att fånga en helhetsbild av samverkansprocessen och de faktorer som kan ha haft betydelse för denna process, samt hur de olika faktorerna är relaterade till varandra. Att beskriva helheten är troligen omöjligt, men strävan har varit att beskrivningen ska omfatta de mest centrala skeendena och faktorerna. Beskrivningen har omfattat skeenden både på arbetsprocessnivån och på den sociala processnivån (Kronvall, Olsson & Sköldborg, 1991).

Axelssons och Bihari Axelssons (2007) typologi över olika integrationsformer kan ge en inblick i vad som har studerats. Ambitionen bakom utvecklingen av samverkan var främst att utveckla en horisontell integrering mellan de deltagande organisationerna och professionerna, det vill säga att samarbete mellan dessa aktörer. Utvecklingen var emellertid beroende av en vertikal integrering inom de deltagande organisationerna, framför allt inom sjukhuset. Det är detta som kallas för samordning (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Den deskriptiva framställningen skildrar både utvecklingen av horisontell integrering mellan de deltagande organisationerna och den vertikala integrering som samtidigt förekom inom sjukhuset.

Förutom den horisontella och vertikala integreringen innehöll den studerade samverkansprocessen ytterligare en nivå av samverkan, nämligen samverkan mellan mig som aktionsforskare och aktörerna på verksamhetsfältet. Eftersom forskarrollen innebar att intervensera i processen för att stödja utvecklingen av samverkan inom hälso- och sjukvården, skildras således även forskningens eventuella påverkan som en del av utvecklingsprocessen.

Deltagarna i samverkansprocessen använde ofta begreppet mandat i betydelsen att inneha makt, befogenheter och ansvar för att fatta beslut. Begreppet mandat är användbart även i

denna analys, men med en bredare definition. Det visade sig att det fanns olika former av mandat i den studerade processen. Mandatbegreppet handlar här förutom om makt, befogenheter och ansvar även om att genomföra handlingar. Därmed kan mandatbegreppet delas upp i två huvudtyper: beslutsmandat och handlingsmandat. Beslutsmandat innebär mandat att fatta beslut medan handlingsmandat innebär mandat att utföra handlingar. De olika domänerna hade mandat för olika moment i processen. De som för tillfället hade mandat kan betraktas som processägare, det vill säga de ”ägde” processen och hade mandat att styra och hantera den. Samverkansprocessen kan analyseras utifrån den domän som för tillfället kunde anses vara processägare. Analysen omfattar tidigare beskrivna delprocesserna, där varje delprocess innehöll en eller flera aktiviteter som genomfördes för att utveckla samverkansprocessen.

Samverkan genom implementering av vårdprocesser

Händelseförloppet i den första delprocessen, som handlade om initieringen av utvecklingsarbetet inom Region Skåne och Hässleholms sjukhus, utspelades på ett sätt som förmodligen är ganska vanligt inom offentliga organisationer. Under samverkansprocessens initiala del hade regionens ledning arrangerat dialogmöten med deltagare från olika domäner och olika berörda organisationer. Tillsammans hade de haft en dialog om förändringsarbetet inför beslutet om närsjukvård och samverkan. Detta beslut fattades sedan av den politiska domänen tillsammans med beslut om övergripande strategier och aktiviteter. Processen övertogs sedan av den administrativa domänen inom regionen.

Den administrativa ledningens strategi innebar att tillsätta arbetsgrupper med representativt urval av deltagare, som skulle utveckla strategier för samverkansprocessen. Genom urvalet av deltagare kunde kunskaper från olika domäner och verksamheter tas till vara i utvecklingsarbetet. Initialt tillgodosågs en bred delaktighet genom detta förfarande, det vill säga genom representation. Den administrativa ledningen handplockade representanter, som blev kallade för experter, till dessa arbetsgrupper. Det var representanter från både de professionella och de administrativa domänerna inom sjukhuset, primärvården och berörda kommuner. Grupperna utvecklade aktiviteter, som benämndes vårdprocesser, vilka skulle stödja utvecklingen av samverkan.

Nästa steg i delprocessen innebar att kunskaperna och vårdprocesserna skulle implementeras på bred front. Ledningen samlade och informerade personalen inom regionen om de strategier för samverkan som hade utvecklats i arbetsgrupperna. Under processens gång uppgav ledningen att uppgiften var att implementera vårdprocesserna och att deltagarna inte fick utveckla något nytt. Ledningen hävdade dock att de professionella hade ett visst handlingsutrymme inom de beslut som hade fattats. De menade att de professionella hade möjlighet att anpassa vårdprocesserna utifrån sin verksamhet.

Bristande delaktighet

Professionella företrädare inom sjukhuset men även chefer inom Hässleholms kommun hävdade att de inte hade varit delaktiga i processen förrän vid själva genomförandet. Flera av deltagarna uppgav att de inte ens kände till vad närsjukvård innebar och att de inte heller visste vad de förväntades att genomföra. De professionella och cheferna från kommunen övertog därmed inte samverkansprocessen vid genomförandet på det sätt som ledningen inom regionen hade förväntat sig. Samverkansprocessen avstannade således.

Övergången från planeringen inom den administrativa domänen till genomförandet inom den professionella domänen var alltså ett kritiskt skede i den första delprocessen. Samma svårigheter har konstaterats även i andra samverkansprocesser. I en jämförande studie av tre olika samverkansprocesser, varav denna process var en av dem, konstaterades ett kritiskt skede då beslut om samverkan skulle genomföras i praktiken (Eriksson, Lindencrona, Olsson & Puskeppeleit, 2007). Ett sätt att förstå och förklara detta kritiska skede är utifrån begreppet delaktighet. Att vara delaktig är att kunna påverka eller att åtminstone känna till vad som är på gång. Regionledningen hade problem med att professionella inom sjukhuset och chefer inom kommunen uppgav att de inte kände sig delaktiga i genomförandet. De kände inte heller att de hade varit delaktiga tidigare i processen. Regionledningen hävdade dock att samverkansprocessen hade utvecklats med delaktighet under besluts- och planeringsmomenten.

Delaktighet genom representation innebar även att representanterna i arbetsgrupperna fick beslutsmandat över hur andra professionella skulle handla. Gruppdeltagarna fick samma typ av mandat som aktörerna inom den administrativa domänen hade. Petersson (2006) uppmärksammade detta fenomen då hon studerade några av vårdprocessgrupperna. Hon

hävde att strategin med representativ delaktighet, där professionella fick bilda grupper och överta en del av utvecklingsarbetet, innebar att deltagarna i arbetsgrupperna intog administrativa roller genom att de beslutade och planerade. Petersson hävdar att de på så sätt bildade en egen liten administrativ domän (Petersson, 2006).

Något som kan ha fungerat som hindrande i processen kan ha varit att representanterna i arbetsgrupperna hade handplockats av ledningen och inte av dem som de skulle representera. De som representanterna skulle representera hade med andra ord inte gett dem någon legitimitet för detta, vilket kan ha påverkat problemet med delaktighet. Den valda strategin kom att innebära att deltagare som skulle implementera närsjukvård och samverkan inte hade varit delaktiga i processen förrän det hela skulle genomföras. Hjelt (2005) forskning om samverkan pekar på betydelsen av en idé som åtföljs av ett tanke- och handlingsschema, samt att hela processen uppfattas som legitim av aktörerna i det operativa arbetet. Genom att förankra idén och hur den skulle kunna genomföras blir det möjligt för aktörerna i det operativa arbetet att omsätta föreställningarna om samverkan i vardagspraktiken (Hjelte, 2005). I den första delen av samverkansprocessen var varken idéerna eller tanke- och handlingsscheman legitima hos de deltagare som förväntades att genomföra det hela.

I en studie av utvecklingen av vårdkedjor i olika sjukhus har Åhgren och Axelsson (2007) visat att de mer framgångsrika vårdkedjorna byggde på en "bottom-up" process där lokala aktörer hade tagit initiativet till utvecklingen. I de fall där vårdkedjorna bedömdes som misslyckade hade initiativet istället kommit från sjukhusledningen och det var då frågan om en "top-down" process. En central aspekt för att vårdkedjeutvecklingen skulle lyckas var att processen hade vunnit legitimitet hos de aktörer som skulle genomföra dem.

Sammanfattningsvis kan konstateras när det gäller den första delprocessen, att strategin för utvecklingen innebar att delaktighet försökte deltagarna att nå genom representation. Troligen kunde kunskaper från olika professioner och organisationer tas tillvara genom representation i utvecklingsarbetet, men samtidigt innebar detta att deltagarna som skulle genomföra närsjukvården inte hade varit direkt delaktiga i besluts- och planeringsmomenten. Bristen på delaktighet fungerade som ett hinder i den fortsatta utvecklingen. En slutsats är att det kritiska skeendet i den första delen var att processen stannade upp, samt att den bristande delaktigheten utgjorde en hindrande faktor. Kontakten mellan domänerna var begränsad inom sjukhuset och likaså mellan regionen och kommunen.

En faktor som kan ha påverkat ledningens val av strategi kan ha varit den kultur som hälso- och sjukvården präglas av. En aspekt i denna kultur är kravet att behandlingsmetoder ska vara evidensbaserade. SBU, statens beredning för medicinsk utvärdering, förespråkar att vården ska vara evidensbaserad. Deras definition av evidensbaserad hälso- och sjukvård är ”en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund” (SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2012). I denna studie fanns också dokument om att närsjukvården skulle utveckla metoder och kunskaper med stöd av forskning och beprövad erfarenhet. Nätverksgrupper och expertgrupper skulle utveckla kunskap och vårdprocesser som grundade sig på forskning. I en avhandling om samma arbetsgrupper som är aktuella inom denna studie påpekas att initieringen av grupperna och deras funktion vilade på en hierarkisk struktur som var påverkad av den tongivande evidensdiskurs som fanns i omgivningen (Johansson, 2012).

De olika arbetsgrupperna utvecklade metoder och kunskaper som hade koppling till forskning och forskningsresultat, men strategin för hur implementeringen av detta sedan skulle ske var inte lika tydligt forskningsförankrad. I uppdragsbeskrivningen från den politiska styrgruppen framgick att hälso- och sjukvården hade bristande kunskaper om vad de kallade för förbättringskunskap, till exempel kunskaper om processer och system (Region Skåne och Kommunförbundet Skåne, 2003). Förbättringskunskap förklarades vara ett förhållningssätt som innebar att ständiga förbättringar skulle vara ”en naturlig del i det dagliga arbetet” (sid.20). Därför skulle förvaltningschefer och verksamhetschefer i Region Skåne och samtliga kommuner gå en chefsutbildning för att skaffa sig denna förbättringskunskap.

Svaga kopplingar

Som tidigare nämnts var det kritiska skeendet i denna första del av samverkansprocessen övergången från planeringen inom den administrativa domänen till genomförandet inom den professionella domänen. Processen stannade till viss del upp i det skedet. De enskilda momenten hanterades enskilt inom en specifik domän utan närmare koppling till de andra domänerna. Besluten fattades inom den politiska domänen, planeringen gjordes inom den administrativa domänen och genomförandet skulle ske inom den professionella domänen. Aktörerna inom de olika domänerna hade olika syn på varandra och på samverkansprocessen.

En möjlig förklaring till att verklighetsbilderna skiftade om huruvida vårdprocesserna hade spridits och implementerats kan vara att dessa processer hade utvecklats inom vissa avdelningar och verksamheter men inte inom andra. Även om detta skulle vara fallet, innebär det trots allt att deltagarna som var involverade i denna studie olika föreställningar om vårdprocesserna.

Weick (1976) har studerat olika processer inom organisationer och han använder begreppet *svaga kopplingar* i sin analys. Svaga kopplingar kan förekomma på olika organisatoriska nivåer och mellan olika verksamheter i en organisation, såsom mellan ett uppdrag och själva utförandet, mellan de olika nivåerna i hierarkin, mellan planering och handling, samt mellan det som sades igår och det som sägs i morgon. Weick hävdar att begreppet ska användas värderingsfritt. En stark koppling mellan uppdrag och genomförande kan innebära att aktörer genomför det som har planerats, men samtidigt kan det också medföra att genomförandet går långsamt och blir trögt, samt att handlingsfriheten begränsas. Svaga kopplingar kan däremot innebära att det skapas ett friare handlingsutrymme för genomförandet, samt att det som genomförs kan bli något annat än vad som hade planerats från början. Svaga kopplingar mellan olika aktörer och grupper kan även medföra att dessa utvecklar olika föreställningar och myter om varandra (Weick, 1976).

I denna studie var det svaga kopplingar mellan de administrativa och professionella domänerna inom regionen och sjukhuset, samt mellan regionen och kommunen. De olika domänerna och organisationerna hade också olika föreställningar om varandra. Inom regionens administrativa och politiska domäner förekom föreställningar om att problemen inom hälso- och sjukvården var begränsade till att handla om den professionella domänen. De professionella inom sjukhuset hade å sin sida föreställningar om att den politiska och den administrativa domänen ville genomföra förändringar utan insikt och kunskap om vårdarbetet, samt att förändringsambitionerna till stor del handlade om ekonomi. Professionella företrädare hävdade också att närsjukvården innebär en sämre kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Det fanns också olika föreställningar om hur samverkansprocessen hade utvecklats. Regionledningen hävdade att närsjukvård och samverkan var ett initiativ som utgick ifrån patientens behov och som hade utvecklats genom delaktighet av professionella företrädare inom regionen och berörda kommuner. I olika dokument om utvecklingsarbetet framhöll den

politiska ledningen inom regionen att delaktighet var en framgångsfaktor, samt att det var av vikt att samverkansprocessen skulle växa nerifrån i de berörda organisationerna.

Regionledningens beskrivning av strategin innebar att de betraktade den som en ”bottom-up” strategi, det vill säga en underifrån initierad förändringsprocess (Ekman, 2007). Vidare uppgav sjukhusledningen på ett tidigt stadium i samverkansprocessen, i juni 2005, att vårdprocesserna var implementerade i verksamheten och att dessa redan då hade visat sig ha stora positiva effekter.

Till skillnad från den regionala ledningen beskrev professionella företrädare inom sjukhuset att utvecklingen av närsjukvård och samverkan var ett initiativ som kom uppifrån. Personalen inom avdelningen, som skulle vara pionjärer för närsjukvårdsutvecklingen, hävdade att de inte hade varit delaktiga och inte heller kände till utvecklingen av vårdprocesser. Liknande uttalanden kom även från chefer inom Hässleholms kommun, som hade varit aktiva deltagare i styrgruppen och andra centrala grupper, som var direkt relaterade till närsjukvårdsutvecklingen. Beskrivningarna från de professionella inom sjukhuset och cheferna inom kommunen antyder att utvecklingsarbetet bedrevs i enlighet med en ”top-down” strategi, eller vad Ekman (2007) benämner som en ovanifrån expert- och chefsstyrd strategi.

De olika föreställningarna om samverkansprocessen innebar att de olika aktörerna hade olika fokus på samverkansprocessen. Den regionala ledningens föreställning om att samverkansprocessen präglades av delaktighet, samförstånd och positiv utveckling innebar att deras fokus var på att fortsätta implementera det som hade arbetats fram. De strävade efter att stärka kopplingen mellan beslut, planering och genomförande för att på så sätt kunna verkställa de beslut som fattats. Inom den professionella domänen samt inom kommunen fanns däremot föreställningar om att samverkansprocessen var ett initiativ från regionens ledning, att det var en bristande delaktighet i processen, samt att den utveckling som hade skett med omorganisering och neddragning av resurser hotade att försämra vården. Dessa föreställningar innehöll misstroende och bristande tillit till den regionala ledningen och dess initiativ. De professionella och de kommunala aktörerna hade på så sätt ett annat fokus på samverkansprocessen jämfört med regionledningen. Deras fokus var på att fortsätta hålla processen ifrån sig, att hålla den på avstånd.

Utifrån den interaktionsmodell som utvecklats av Kronvall, Olsson och Sköldborg (1991) kan skillnaden mellan den regionala ledningen och de övriga aktörerna uttryckas så att de hade fokus på olika processnivåer. Regionens politiska och administrativa domäner hade fokus på arbetsprocessnivån, det vill säga på att implementera vårdprocesserna. Den professionella domänen liksom de kommunala företrädarna var istället upptagna av aspekter som mer kan hänföras till den sociala processnivån, det vill säga de hade fokus på sociala aspekter såsom bristande delaktighet och bristande tillit (Kronvall, Olsson & Sköldborg, 1991).

Det var svag koppling mellan de olika domänerna och organisationerna i den studerade samverkansprocessen. Enligt domänteorin är det karaktäristiskt för denna typ av organisationer att det finns en svag koppling mellan de olika domänerna (Kouzes & Mico, 1979). Detta kan förklaras i denna studie av att de olika aktörerna hade olika föreställningar om samverkansprocessen och om varandra. Seeman (1996) har ett liknande resonemang i sin studie av samverkan inom offentliga sektorn. Hon beskriver att den består av flera olika kulturer, där varje kultur har sina värderingar och normer som försvårar kommunikation och samverkan.

Den svaga kopplingen mellan aktörerna hindrade utvecklingen av samverkansprocessen. Samtidigt strävade den regionala ledningen efter en stark koppling mellan mål och genomförande, eftersom de ville att de professionella skulle implementera de vårdprocesser som hade utvecklats i de olika expertgrupperna. Enligt Weick (1976) kan en stark koppling mellan mål och genomförande innebära att processen blir trög, medan en svag koppling mellan dessa element, kan innebära att de som ska genomföra inte styrs av regler, förordningar och ordergivning, utan att det finns en viss handlingsfrihet för dem, vilket kan främja genomförandet. Troligen kräver en svag koppling mellan mål och genomförande att det finns väl utvecklade arenor för kommunikation, där olika föreställningar kan mötas, konflikter hanteras och överenskommelser görs, vilket innebär en starkare koppling mellan aktörerna (Weick, 1976). I den studerade processen fanns en svag koppling mellan aktörerna i kombination med en stark koppling mellan mål och genomförande. Detta kan förklara varför processen stoppades upp.

Hur olikheter och konflikter hanterades

Den administrativa ledningen på sjukhuset arrangerade möten med personalen då de ansåg att det fanns behov, exempelvis då de informerade om närsjukvård och vårdprocesser eller då konflikt hade identifierats. Vid ett informationsmöte om vårdprocesser framkom olika föreställningar om samverkansprocessen från de olika aktörerna. Ledningen framförde sin uppfattning och sedan framkom en annan bild från de professionella. Detta faktum lämnades utan några vidare diskussioner eller åtgärder.

Vid ett möte i styrgruppen framkom också olika föreställningar om hur processen hade utvecklats. Chefer från kommunen hävdade att vårdprocesserna inte hade utvecklats, varpå sjukhusledningen svarade att de redan var eller skulle vara implementerade. Professionella och kommunala företrädare uppgav att deras föreställning var att samverkansprocessen var regionledningens initiativ. De upplevde att de inte hade varit delaktiga från början utan erbjudits att delta i efterhand.

Trots att det var helt motsatta föreställningar om samverkansprocessen som uppdagades blev det ingen fortsatt dialog omkring detta. Sjukhusledningen fortsatte att driva den så som de hade planerat utan någon påtaglig respons eller hänsyn till andra föreställningar om den. Istället blev de professionella och kommunala företrädarnas svar på sjukhusledningens strategi och hantering av konflikten att de fortsatte att hålla sig utanför samverkansprocessen. De höll processen ifrån sig genom att åsidosätta den, att underlåta att sätta sig in i vad den innebar, samt att inte komma till möten. Detta tyder på ett passivt motstånd och defensiv konflikthanteringsstrategi (Olsson, 1988).

Sjukhusledningens konflikthanteringsstrategi var att inte respondera på andra föreställningar, vilket också kan kategoriseras som defensiv strategi. Deras strategi kan förstås utifrån deras föreställning av samverkansprocessen. Den handlade om att samverkansprocessen hade utvecklats genom delaktighet, att den kom nerifrån organisationen, samt att metoderna som de höll på att implementera var evidensbaserade och hade fokus på patienten. Med denna föreställning kan man förstå att sjukhusledningen fortsatte att driva sin linje om att vårdprocesserna skulle implementeras.

De olika aktörerna hanterade konflikten genom att de formulerade sina olika förställningar och sedan fortsatte de att driva processen med samma strategi som tidigare, som om det inte fanns olika föreställningar eller någon konflikt. Sjukhusledningen fortsatte att driva att de skulle implementera vårdprocesserna och de professionella och kommunala företrädarna fortsatte att hålla sig utanför processen. Konflikten hanterades defensivt och förändrade inte processen nämnvärt.

I Rämgårds (2010) forskningsrapport om utvecklingen av närsjukvård framgår en liknande bild av hur konflikter hanteras. Aktörerna som ska samverka söker konsensus mellan varandra. Forskaren hävdar dock att ”deras konsensus bygger ibland på för givet tagande i tolkningen av situationer” (s.81). Det vill säga att det finns underliggande intressekonflikter och att dessa hanteras genom att dela upp verkligheten. Det finns därför en risk att konsensuslösningarna beror på att aktörerna inte hanterar konflikter eller reflekterar med varandra och därmed inte heller tillvaratar varandras kompetenser, samt att detta medför att man förstärker ojämlika positioner.

Det kan i den studerade processen ha funnits en inbyggd struktur för konflikthantering som innebar att konflikter hanterades på ett defensivt sätt med automatik. Denna automatik bestod i att det vid konflikter inte fanns någon förväntad respons från någon av aktörerna, utan de var vana vid att ingen responderade på andras föreställningar, det vill säga de nonchalerade varandra med automatik.

De olika domänerna och organisationerna var oense om huruvida konflikter och olikheter hade hanterats, vilket betyder att konflikten fanns även på metanivå. Den regionala ledningen hävdade att synpunkter från de olika domänerna och organisationerna hade tagits till vara i samverkansprocessen, medan de professionella och kommunala företrädarna hävdade att de inte varit delaktiga och att regionen inte hade tagit hänsyn till deras synpunkter. Om konflikterna hade hanterats med automatik fanns troligen en omedvetenhet detta, ungefär som ”att handla med ryggraden”. Detta kan ha varit ett hinder för att få till stånd andra sätt att hantera konflikter och olikheter.

En linjär hierarkisk samverkansmodell

I den första delprocessen dominerade den administrativa domänens strategier. Kouzes och Mico (1979) beskriver att den administrativa domänen är byråkratisk, att den kännetecknas av hierarkisk kontroll och styrning, samt att där finns en strävan efter att rationalisera organisationen. Denna beskrivning stämmer med det som skedde i den första delprocessen genom den administrativa domänens strategi att kunskap skulle komma från expertgrupper och sedan implementeras i verksamheterna. Delprocessen karaktäriserades av formalisering, expertsyn och hierarki, det vill säga liknande krafter som den administrativa domänen kännetecknas av.

Den följande tabellen ger en överblick över den första delprocessen, som kan beskrivas som en linjär hierarkisk samverkansmodell.

Tabell 9: Samverkan som en linjär hierarkisk modell.

Arbetsprocess	Beslut	Planering	Genomförande
Processägare	Politisk domän	Administrativ domän	Professionell domän
Social process	Enighet	Formalisering med experter och hierarki	Misstro och oenighet

Av tabellen framgår att arbetsprocessen i denna delprocess innehöll tre moment, samt vilken domän som var delaktig eller ägde processen i de olika momenten. Det framgår också att varje moment utspelade sig till största delen inom en specifik domän. Tabellen visar dessutom vad som samtidigt skedde inom den sociala delen av denna delprocess, till exempel att det var enighet vid beslutet. Det första momentet i den sociala processen innebar att beslut fattades av politikerna i enighet. Processen lämnades därefter över till den administrativa ledningen, som planerade och utformade olika strategier. Detta moment präglades av formalisering, expertsyn och hierarki. Det sista momentet, genomförandet, som skulle ske inom den professionella domänen var präglad av misstro och oenighet. Karaktäristiskt för den linjära hierarkiska modellen var att det var svag koppling mellan aktörerna i kombination med krav om en stark koppling mellan mål och genomförande. Det var också karaktäristiskt att konflikter och olikheter hanterades defensivt med automatik.

Samverkan med stöd av kommunikationsarenor

De andra och tredje delprocesserna beskriver händelseförloppen inom två olika domäner tiden efter den första delprocessen. Den andra delprocessen handlar om utvecklingsarbetet på närsjukvårdsavdelningen och den tredje delprocessen om ledningen av utvecklingsarbetet, framför allt vad som utspelades i SAMU-gruppen. Den andra delprocessen startade genom en forskningsintervention. Jag återförde empiriskt forskningsmaterial till avdelningen där det hade genererats några månader innan. Materialet var en sammanställning av erfarenheter och uppfattningar om samverkansprocessen som framförts av aktörerna på avdelningen. Vid återföringen fattade personalen och enhetschefen beslut om att avsätta tid för en gemensam dialog om vad närsjukvård och samverkan innebar för dem, för att på så sätt komma vidare i utvecklingen av samverkansprocessen.

Denna dialog resulterade i ett gemensamt beslut om att de professionella på avdelningen skulle börja arbeta i team. Dessa team skulle fungera som stöd för utvecklingen av samverkan och närsjukvård. Det nya arbetssättet genomfördes och personalen beskrev att det innebar att samverkan utvecklades mellan olika vårdgivare inom sjukhuset såväl som mellan sjukhuset och kommunerna, samt mellan personalen och patienterna. Denna delprocess innebar att de professionella genomförde det som de själva hade varit med att fatta beslut om och planerat för. Den professionella och den administrativa domänen på sjukhuset var båda delaktiga i beslutet om och planeringen för den förändring av arbetssättet som sedan genomfördes.

Den tredje delprocessen pågick parallellt med den andra delprocessen. Den startade genom att styrgruppen för utvecklingsarbetet beslutade att tillsätta den så kallade SAMU-gruppen, som skulle fungera som ett stöd för samverkansprocessen. SAMU-gruppen var en interorganisatorisk strategigrupp med deltagare från sjukhuset, kommunen och primärvården. Samtliga deltagare tillhörde den administrativa domänen och gruppen fungerade samtidigt också som en forskningscirkel i PAR-projektet. Tillsammans med mig som aktionsforskare planerade och genomförde gruppen interventioner till stöd för samverkansprocessen.

Händelseförloppet utspelade sig först inom den administrativa domänen men fortsatte att även involvera den professionella domänen. Gruppen arrangerade tre interventioner som innebar möten mellan aktörer från olika domäner och organisationer. Nya SAMU-gruppen kan ses som en förlängning av SAMU-gruppen och deltagarna kom från kommunen, primärvården och sjukhuset. Det var främst aktörer från den professionella domänen men även från den

administrativa. Genom gruppens sammansättning från båda domänerna förfogade den över både besluts- och handlingsmandat och blev på så sätt en kombinerad strategisk och operativ samverkansgrupp.

Nya SAMU-gruppen träffades ett flertal gånger då aktörerna planerade och genomförde interventioner som stöd för den fortsatta samverkansprocessen, till exempel gemensamma föreläsningar, samt kontakter och utbyte med en närsjukvårdsavdelning vid ett annat närliggande sjukhus. I den tredje delprocessen var det således ett brett deltagande av regionens och kommunens administrativa och professionella domäner vid både besluts- och planeringsmomenten. Det betydde att de som sedan skulle genomföra interventioner också hade deltagit vid både besluts- och planeringsmomenten.

Utvecklingen inom de andra och tredje delprocesserna var likartade. Det som förenade dessa delprocesser och samtidigt skilde dem från den första delprocessen var att de innehöll kommunikationsarenor och interventioner som skapats genom den deltagarorienterade aktionsforskningen. Forskningsinterventionerna syftade till att främja delaktighet och på så sätt stödja utvecklingen av samverkansprocessen. Det innebar att öka kommunikationen mellan aktörer, till exempel genom att arrangera arenor för kommunikation och konfliktlösning mellan olika domäner och organisationer.

Med stöd av den deltagarorienterade aktionsforskningsansatsen skapades arenor för vertikala och horisontella möten. De olika aktörernas föreställningar möttes. Tankar, åsikter, konflikter och olikheter blev synliggjorda och hanterades öppet. Röster som inte tidigare hade varit särskilt framträdande i samverkansprocessen lyftes fram och utmanade andras röster. De andra och tredje delprocesserna blev genom dessa kommunikationsarenor och den deltagarorienterade aktionsforskningen påverkade av andra krafter än vad som var vanligt i samband med förändrings- och utvecklingsarbete inom sjukhuset och regionen. Samverkansprocessen som helhet utvecklades därför också troligen annorlunda än vad som normalt skulle ha varit fallet inom dessa organisationer.

Svaga och förstärkta kopplingar

Vid den andra delprocessen, som utspelade sig inom närsjukvårdsavdelningen, innebar återföringarna av forskningsmaterial att de professionella och den administrativa ledningen

hade gemensamma samtal om samverkansprocessen med utgångspunkt från personalens perspektiv. Det var till exempel ett samtal mellan ledningen, personalen och deras fackliga företrädare där ledningen erkände att de hade begått misstag under den tidigare delen av samverkansprocessen. Sammanställningen av det empiriska materialet från avdelningen och återföringen av detta innebar att den professionella domänens föreställningar om samverkansprocessen blev tydliga. Olika föreställningar som fanns inom de olika domänerna möttes här. För ledningen blev det svårare att hävda att vårdprocesserna var implementerade då det framkom att aktörer på avdelningen hävdade att de inte ens kände till dessa processer eller visste vad de innebar. Utifrån Weicks (1976) teori om svaga kopplingar är det möjligt att kopplingen mellan de professionella och administrativa domänerna blev starkare genom de kommunikationsarenor som arrangerades vid återföringarna av forskningsresultat.

Under den tredje delprocessen, som framför allt handlade om SAMU-gruppen, arrangerades flera kommunikationsarenor med deltagare från olika domäner och organisationer. De hade dialoger om sina olika föreställningar, till exempel om sina upplevelser av samverkansprocessen och av varandra. Olikheter och konflikter hanterades och nya gemensamma utvecklingsidéer formulerades. De bildade också gemensamt en ny grupp, Nya SAMU-gruppen, där deltagarna samverkade och planerade nya interventioner till stöd för fortsatt utveckling av samverkan. Genom dessa grupper blev kopplingarna starkare mellan sjukhuset och kommunen, men även mellan de administrativa och professionella domänerna.

Vid de andra och tredje delprocesserna var deltagare som skulle genomföra aktiviteter delaktiga även vid beslutet och planeringen. Det innebar att kopplingen mellan de tre momenten beslut, planering och genomförande var stark. Det övergripande beslutet om närsjukvård och samverkan var däremot vidsträckt och diffust, vilket innebar att det hade svag koppling till de genomförda aktiviteterna. Genom den svaga kopplingen mellan de övergripande målen och genomförandet skapades handlingsfrihet för de professionella. De kunde formulera och fatta konkreta beslut inom ramen för de övergripande målen. De utvecklade aktiviteter som deras kunskap kunde ta till vara och som var meningsfulla för dem.

De aktiviteter som genomfördes, till exempel att börja arbeta i team och att starta Nya SAMU-gruppen, hade svaga kopplingar även till delmålet om att implementera vårdprocesser. Styrgruppen försökte stärka denna koppling genom att påtala att SAMU-gruppen inte fick åstadkomma något nytt utan att uppgiften var att implementera vårdprocesser. Trots detta

förblev kopplingen svag till delmålet om vårdprocesser. De professionella skapade istället egna delmål inom ramen för de övergripande målen om närsjukvård och samverkan.

Hur konflikter och olikheter hanterades

Ett exempel på hur konflikter hanterades var det tillfälle 2005 då empiriskt forskningsmaterial återfördes till avdelningen och visade att närsjukvård och samverkan inte hade utvecklats i den grad som ledningen föreställde sig. Aktörerna hade en dialog om detta som utmynnade i att ledningen och personalen arrangerade utvecklingsdagar där de tillsammans skulle utveckla närsjukvården. Ett annat exempel på konflikthantering var då sjukhusledningen, som hade ansvar för närsjukvårdsutvecklingen, hade en dialog med facket och personalen på avdelningen om samverkansprocessen. Utgångspunkten var det empiriska material som hade genererats på avdelningen 2007 och som beskrev samverkansprocessen utifrån personalens perspektiv. Vid samtalet erkände ledningen att de hade begått misstag tidigare i samverkansprocessen. Ett tredje exempel på konflikthantering var vid SAMU-gruppens första intervention, då personal och chefer från kommunen, sjukhuset och primärvården hade gemensamma dialoger i mindre tvärgrupper om vad de olika aktörerna upplevde som hindrade respektive främjade faktorer i vårdplaneringssituationerna.

Då deltagarna träffades på de olika kommunikationsarenorna blev deras olika föreställningar tydliga. Konflikter som visade sig hanterades genom dialog med stöd av en tredje part, det vill säga med mig som aktionsforskare eller som vid SAMU-gruppens interventioner med stöd av konsulter från KVH, primärvårdens specialenhet för kvalificerad vård i hemmet. Utifrån Olssons (1998) modell över fyra olika strategier för konflikthantering kan konstateras att konflikterna under den andra och tredje delprocessen hanterades genom en samverkansstrategi. De olika aktörerna var medvetna om och öppna i förhållande till sina konflikter. De var också överens om hur dessa konflikter skulle hanteras.

En dynamisk samverkansmodell

Forskningsinterventionerna förändrade samverkansprocessen. Från den första delprocessen, som kunde beskrivas som en linjär hierarkisk modell, förändrades samverkansprocessen i de andra och tredje delprocesserna och en annan modell framträder som kan beskrivas som en dynamisk samverkansmodell. Denna modell sammanfattas i den följande tabellen.

Tabell 10: Samverkan som en dynamisk modell.

Arbetsprocess	Beslut	Planering	Genomförande
Processägare	Administrativ och professionell domän	Administrativ och professionell domän	Professionell domän
Social process	Dynamiska möten	Dynamiska möten	Utveckling av samverkan

Av tabellen framgår att både den administrativa och den professionella domänen var delaktiga i arbetsprocessens besluts- och planeringsmoment. De professionella som skulle genomföra de beslutade och planerade aktiviteterna var delaktiga i alla tre momenten av arbetsprocessen. De aktiviteter som genomfördes inom den sociala processen resulterade i att samverkan utvecklades. Det som karaktäriserade dessa aktiviteter var att de genomfördes på kommunikationsarenor som genererade en hög delaktigheten i processen och att den blev dynamisk i betydelsen oförutsägbar och föränderlig. En slutsats är att samverkan genom den dynamiska modellen var främjande för utvecklingen. Karaktäristiskt för den dynamiska modellen var en stark koppling mellan aktörerna och en svag koppling mellan det övergripande målet och vad som sedan genomfördes. Det var också karaktäristiskt att konflikter hanterades genom en samverkansstrategi.

Avslutningen av samverkansprocessen

Vid den fjärde delprocessen beskrevs endast beslutsmomentet av processen. Styrgruppen beslutade både att avsluta CUU-projektet och lägga ner Nya SAMU-gruppen. Samtidigt höll också aktionsforskningen på att avslutas. Besluten om att avsluta projektet och lägga ner gruppen fattades enhälligt i samförstånd av gruppdeltagarna. CUU-projektet var ett tidsbegränsat projekt och skälet för att avsluta projektet var för att projekttiden löpte ut. Deltagarna i styrgruppen talade om att förlängningen av projektet skulle komma att innebära en implementering av projektets resultat. Trots detta avslutades samtidigt arbetet i Nya SAMU-gruppen, som var ett resultat av projektet. Skälen till varför denna grupp lades ner var oklara. Deltagarna i Nya SAMU-gruppen samverkade över flera organisatoriska gränser, till exempel mellan olika domäner och mellan sjukhuset, primärvården och kommunen. Gruppen utvecklade flera gemensamma aktiviteter till stöd för den fortsatta utvecklingen av

samverkan. Nya SAMU-gruppen uppnådde därmed det övergripande politiska målet att utveckla samverkan, vilket bekräftades både från ledningen och från de professionella företrädarna. Deltagarna i styrgruppen var eniga i sin uppfattning att Nya SAMU-gruppen uppnådde målet med att samverka, samtidigt som de också fattade beslut i konsensus om att lägga ner gruppen.

Styrgruppen framförde olika motiveringar till beslutet att lägga ner Nya SAMU-gruppen som alla var lika oklara, till exempel att gruppen faktiskt hade uppnått målen och att de måste avsluta arbetet i gamla grupper för att kunna starta nya grupper, samt att det handlade om omvärldsfaktorer. Beslutet om att lägga ner gruppen var motsägelsefullt. Vid mötet där beslutet fattades ifrågasatte och argumenterade jag emot det från min deltagande forskarposition. Jag hade dock inget beslutsmandat och deltagarna ville inte heller bemöta mina argument.

Eftersom beslutet att lägga ner Nya SAMU-gruppen var svårförståeligt och motsägelsefullt kan det kanske förklaras med hänvisning till fenomenet grupptänkande (Janis, 1972, 1982). Forskning har visat att beslut som fattas i grupper och som kan vara svåra att förstå kan förklaras utifrån specifika gruppkrafter. I dessa grupper fattas beslut hastigt under krafter som verkar för att minimera konflikter, uppnå konsensus och hålla samman gruppen. Liknande krafter fanns även i styrgruppen vid detta beslut. Styrgruppen fattade beslutet i konsensus, deltagarna uppgav att de var överens om argumenten, trots att dessa var svävande och motsägelsefulla. Mina motargument undveks och de andra deltagarna höll samman trots att det fanns motsägelsefulla argument. Detta pekar på att beslutet kan ha fattats under påverkan av samma typ av krafter som Janis (1972) har kallat för grupptänkande. Min uppfattning är dock att beslutet var förankrat av deltagarna och således inte fattades under inflytande av sådana gruppkrafter.

Ett annat sätt att förstå beslutet att lägga ner Nya SAMU-gruppen är utifrån Weicks (1976) teori om svaga kopplingar. Aktiviteterna som utvecklades i gruppen hade en svag koppling till de tidigare utvecklade vårdprocesserna. Kopplingen mellan styrgruppen och Nya SAMU-gruppen var däremot stark genom Örjan Öhrn och mig som var deltagare i båda grupperna. Vid tiden för beslutet var jag på gång att avsluta aktionsforskningen inklusive alla kontakter på fältet. Dessutom skulle Örjan försvinna som länk, eftersom han hade fått besked om att han på grund av besparingsåtgärder skulle omplaceras från den administrativa domänen till den

professionella domänen. Därmed skulle vi två som var de mellanliggande länkarna mellan Nya SAMU-gruppen och styrgruppen försvinna. Samtidigt höll CUU-projektet och dess styrgrupp att avslutas. Detta innebar att efter dessa avslut skulle Nya SAMU-gruppen vara svagt kopplad till ledningen, samtidigt som de aktiviteter som utvecklades där hade en svag koppling till de övergripande målen att implementera vårdprocesserna.

Genom Nya SAMU-gruppens sammansättning av deltagare från både den professionella och den administrativa domänen inom både kommunen och sjukhuset skulle det ha varit möjligt för gruppen att fortsätta med att driva utvecklingen av samverkan i enlighet med den dynamiska modellen även sedan aktionsforskningen hade avslutats. Det innebar också att de chefer som inte deltog i Nya SAMU-gruppen inte skulle ha haft någon kontroll över gruppen och dess aktiviteter. Det är därför möjligt att beslutet om att lägga ner Nya SAMU-gruppen i själva verket handlade om att sjukhusledningen ville ha mer kontroll över utvecklingsprocessen än vad som skulle ha varit fallet om Nya SAMU-gruppen hade fortsatt sin verksamhet sedan aktionsforskningsprojektet hade avslutats. Utifrån den traditionella strukturen och organiseringen inom hälso- och sjukvården skulle cheferna sakna kontroll över en sådan utveckling genom dynamiska processer. De valde därför istället att återgå till att utveckla samverkan genom en linjär hierarkisk process.

En annan faktor som kan ha påverkat beslutet om att avsluta Nya SAMU-gruppen kan vara att den politiska domänen var instabil genom att den skiftade karaktär vart fjärde år. Vid valet i september 2006 övertog det borgerliga blocket med stöd av miljöpartiet majoriteten från det socialistiska blocket inom Region Skåne. Vid politikerintervjuerna framkom att de båda blocken hade olika strategier om hur närsjukvård och samverkan skulle utvecklas.

Det borgerliga blocket förespråkade att politikerna skulle tydliggöra begreppen och vara mer konkreta om vad målen skulle innebära för praktiken. Då de kom till makten 2006 avskaffade de den lokala styrningen av hälso- och sjukvården och bildade ett nytt centralt politiskt organ som skulle styra den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen. Detta innebar en "top-down" strategi. Det socialistiska blocket hade fyra år tidigare bildat fem distriktsnämnder och förespråkade en lokal styrning av närsjukvården. De ville att innebörden av närsjukvård skulle växa fram underifrån i de berörda organisationerna, vilket innebar en utpräglad "bottom-up" strategi. Materialet i denna avhandling pekar dock på att i realiteten hade även det socialistiska blocket en "top-down" strategi. Även om det bara var frågan om en retorisk konflikt så överfördes

denna konflikt mellan de politiska blocken till de andra domänerna inom sjukhuset och påverkade aktiviteterna där. Uttryckt i termer av Lewins (1944) kraftfältsteori kan sägas att det förekom motstridiga krafter i fältet omkring hur samverkansprocessen skulle utvecklas och att dessa krafter förekom inom alla domäner.

Vad som var centralt i samverkansprocessen

Tidigare forskning om samverkan har funnit vissa aspekter som verkar vara centrala för samverkansprocesser. Bland dessa kan nämnas att det finns arenor för konflikthantering, att konflikter hanteras med samverkansstrategier, att deltagarna har tillit till varandra, samt att det finns ett gemensamt mål för deras samverkan (Huxham & Vangen, 2005; Mandell & Steelman, 2003).

Det visade sig i denna studie att det var främjande för utvecklingen av samverkan att det övergripande målet var diffust, eftersom detta innebar att de som skulle genomföra förändringar i praktiken fick större handlingsfrihet. De kunde påverka och handla mer fritt och därmed skapa och genomföra förändringar som var meningsfulla för dem. Detta kan också uttryckas så att det förekom olika mål inom de olika domänerna. Det fanns inom den politiska domänen ett övergripande mål om att utveckla närsjukvård och samverkan, vilket var diffust och inte konkretiserat vad det innebar i praktiken. Sedan fanns det ett mål som den administrativa domänen förespråkade, nämligen att utveckla vårdprocesser. Det fanns också ett mål som kom från den professionella domänen, nämligen att arbeta i team. Det visade sig att de professionella kunde skapa och utveckla detta mål tack vare att det övergripande målet var diffust. Uttryckt i Weicks (1976) termer var de professionellas mål svagt kopplat till de andra målen.

Enligt Sherif (1966) är det viktigt att samverkande aktörer har ett gemensamt mål. I den studerade samverkansprocessen visade det sig emellertid att det tvärtom var viktigt att deltagarna kunde skapa och utveckla egna mål med svag koppling till andra mål. En skillnad är att Sherif studerade processer på gruppnivå, det vill säga horisontell samverkan. I denna studie handlade det istället om samverkan både inom och mellan organisationer. Samverkan skulle utvecklas horisontellt mellan olika professioner och organisationer, men påverkades hela tiden av den samverkan som utvecklades vertikalt inom organisationerna, framför allt

inom regionen. Slutsatsen i denna studie är därför att ett vagt övergripande mål skapade en handlingsfrihet som främjade utvecklingen.

Denna studie har visat att det var viktigt för utvecklingen av samverkan att det fanns kommunikationsarenor där konflikter synliggjordes och hanterades i en process med en samverkansstrategi och med stöd av en tredje part. Detta stämmer med resultat från tidigare forskning om vikten av att hantera konflikter med samverkansstrategier (Olsson, 1998). I den första delprocessen hanterades konflikterna defensivt med automatik, som om de inte fanns, vilket troligen bäddade för att hela samverkansprocessen stoppades upp. I de andra och tredje delprocesserna, där konflikterna hanterades med samverkansstrategier, utvecklades också samverkan. Detta visar på behovet av kontinuerliga kommunikationsarenor. Dessa arenor var nödvändiga inte bara för hantering av konflikter utan även för att ge aktörerna möjlighet att förändra sina föreställningar om varandra och om processen, samt för att utveckla olika perspektiv och gemensamma idéer.

Situationen kan även belysas utifrån Kurt Lewins (1948) klassiska teori om förändringsarbete, som innebär att förändringar utvecklas i tre faser: upptining, förändring och återfrysning. I denna studies första delprocess undvek aktörerna varandra, konflikterna hanterades defensivt per automatik och inga förändringar visade sig vare sig i deltagarnas syn på varandra, deras olika fokus i samverkansprocessen, eller hur de hanterade processen. Det kan därför antas att den första delprocessen befann sig i ett fruset tillstånd. Vid de andra och tredje delprocesserna förekom kommunikationsarenor där konflikter och olikheter hanterades med en samverkansstrategi, vilket frigjorde nya handlingsmönster varpå förändringar skedde. Med Lewins termer kan man säga att situationen tinades upp, vilket innebar upplevelser av osäkerhet och kaos samtidigt som förändring och utveckling blev möjlig och skedde (Lewin, 1948). Återigen kan det konstateras att samverkan genom den dynamiska modellen främjade utvecklingen.

De olika arenor som skapades för kommunikation och konfliktlösning främjade även delaktigheten i den studerade samverkansprocessen. Med stöd av Hjeltens (2005) forskning kan detta uttryckas, att vid utveckling av samverkan i enlighet med den dynamiska modellen blev hela samverkansprocessen förankrad och legitim för den professionella domänen, det vill säga personalen var delaktig i utformningen av såväl idén som det tanke- och handlingsschema som utvecklades. Det innebar att de professionella var delaktiga i

delprocessens alla tre moment: beslut, planering och genomförande. Därmed var hela processen legitimerad av aktörerna som skulle genomföra förändringar i det operativa arbetet, vilket främjar utvecklingen av samverkan (Hjelte, 2005). Detta visade sig också vara fallet i denna studie.

Vid den första delprocessen, då hela samverkansprocessen stoppades upp, fanns inte några kontinuerliga kommunikationsarenor. Genom att inte träffas vidmakthölls aktörernas olika föreställningar om processen och om varandra, de hade olika fokus i processen och även konflikter bibehölls. Ett exempel är att det visade sig vara en bristande tillit mellan sjukhusets administrativa och professionella domäner. Huxham och Vangen (2005) hävdar att tillit inte finns från början vid en samverkansprocess, utan att det är något som kan växa fram under processens gång. De menar att det är istället är osäkerhet som präglar den inledande fasen av en sådan process. I den studerade samverkansprocessen fanns också inledningsvis mer osäkerhet och misstänksamhet än tillit mellan aktörerna.

Enligt Huxham och Vangen (2005) är de förväntningar som aktörerna har på varandra centrala för utvecklingen av tillit, samt att de vågar ta de risker det innebär att närma sig varandra. Materialet i denna studie visar inte att tilliten växte mellan de administrativa och professionella domänerna eller mellan sjukhuset och kommunen under samverkansprocessens gång. Ett antagande kan vara att hela processen präglades av stor osäkerhet. Kanske det var för kort tid för att tilliten skulle visa sig ha vuxit mellan domänerna och mellan organisationerna. De kommunikationsarenor som skapades var tillfälliga och skapades under pådrivande av mig som aktionsforskare, som bara var en tillfällig gäst och inte fast förankrad och inordnad i organisationen.

Ekman har tillsammans med sina medarbetare (2007) bedrivit ett aktionsforskningsprojekt om utveckling av närsjukvård i Skaraborg. De skiljde mellan två huvudsakliga strategier för förändringsarbete inom organisationer, dels en expert- och chefsstyrd förändring, där lösningarna bestäms ovanifrån organisationen, dels en underifrån initierad förändringsprocess, där medarbetarna utarbetar lokala lösningar som de sedan försöker få gehör för hos ledning och experter. Forskarna hävdar att det var betydelsefullt för deras utvecklingsarbete att det fanns en pågående verksamhetsutveckling inifrån organisationen som var baserad på vårdpersonalens egna erfarenheter och kunskaper om sin praktik.

I denna studie visade det sig att vid samverkan i enlighet med den dynamiska modellen kunde vårdpersonalens erfarenheter tas till vara under samverkansprocessen gång, vilket främjade utvecklingen. Liksom Ekmans (2007) erfarenheter visar även denna studie att aktionsforskning kan vara ett stöd för att ta tillvara personalens erfarenheter och främja utvecklingen av samverkan. I den studerade samverkansprocessens första del stoppades processen upp. Deltagarna inom de olika domänerna och organisationerna hade olika föreställningar om processen och varandra. Olikheter och konflikter hanterades defensivt per automatik. Då aktionsforskningen intervenerade skapades flera kommunikationsarenor och konflikter hanterades på ett mer medvetet sätt genom samverkansstrategin. Kommunikationsarenorna innebar att kunskaper och erfarenheter togs till vara från de professionella som skulle genomföra förändringarna i praktiken. Detta pekar på behovet av aktionsforskare som stöd i utvecklingsprocesser inom och mellan organisationer.

Aktionsforskaren föranleder kaos och utveckling

Med stöd av den deltagarorienterade aktionsforskningen förändrades strategin för utvecklingen av samverkan från den linjära hierarkiska modellen till den dynamiska modellen. Samverkan genom den dynamiska modellen innehöll kommunikationsarenor med öppen konflikthantering genom en samverkansstrategi och därmed möten mellan olika föreställningsvärldar. Det medförde även att deltagare blev upprörda. Det var ett dilemma för aktörerna att hantera de starka känslor som de upplevde i samband med de dynamiska processerna. Enhetschefen på närsjukvårdsavdelningen övervägde att lämna sin tjänst på grund av det som framkom i det empiriska material som hade genererats på avdelningen. Andra deltagare uppgav att de ansåg att materialet var svårt att ta till sig och att återföringen av materialet orsakade kaos.

Samverkan genom den dynamiska modellen ledde till starka känslomässiga reaktioner hos såväl ledning som personal samt hos mig som forskare. Under samverkansprocessens gång fanns det hot om att avsluta processen på något sätt, till exempel genom att lämna avdelningen (enhetschefen), genom att beordra någon att lämna avdelningen (forskaren) eller genom att avsluta pågående aktiviteter (SAMU-grupperna). Deltagarna ville att känslorna av kaos skulle upphöra och risken var att de beslutade att avsluta de dynamiska processerna. I ett första skede hanterade deltagarna denna situation genom att hävda att jag som forskare hade genererat material under fel dagar, samtalat med fel aktörer, använt fel intervjuteknik och

analyserat materialet utifrån fel perspektiv. I nästa skede vände sig chefer från sjukhuset till ledaren för den forskningsgrupp jag tillhörde och uppgav att de övervägde att dra sig ur samarbetet med forskningsplattformen.

Vid ett flertal tillfällen hanterades kritiska situationer och konflikter genom en samverkansstrategi. Det fanns också behov av att hantera en och samma konflikt vid ett flertal gånger, exempelvis den konflikt som uppstod vid återföringen av material till avdelningen 2007. Vid den första återföringen framfördes de professionellas synpunkter genom det insamlade materialet. Dessa synpunkter var kritiska och genererade upprörda känslor. Vid den andra träffen omkring samma material uttryckte deltagarna att de var kritiska mot mig och det sätt som jag hade arbetat och sammanställt deras synpunkter. Vid det tredje tillfället som vi träffades omkring samma material reflekterade de då närvarande aktörerna på sig själva och sina roller. Vi samtalade om processen och vi klargjorde våra olika perspektiv och grunderna för den konflikt som hade uppstått. Skulden för konflikten delades upp mellan oss. Jag tog på mig en del av skulden och gav cheferna rätt i någon mening, till exempel att jag inte borde ha använt metaforen att de kvittrade vid beskrivningen av hur de professionella arbetade. Jag höll också med cheferna om att det kanske hade blivit annorlunda om jag och enhetschefen vid avdelningen hade haft en närmare samverkan mellan varandra. Alla aktörer fick i någon mån vinna och konflikten fick en upplösning.

Trankell (1973) hävdade att det ofta föreligger en naturlig konflikt mellan ledning och forskare i ett aktionsforskningsprojekt. Han påpekade också att vid en konflikt behöver aktörerna vinna i någon mening för att kunna komma över striden. Hans studie om en konflikt i ett bostadskvarter gav exempel på hans antagande om att det ”antagligen inte är så ovanligt och logiskt sett inte heller orimligt att lösningen av en konflikt leder till att samtliga parter gör vinster” (Trankell, 1973 sid.461).

Troligen ledde våra samtal till att aktörerna kunde använda forskningen på ett konstruktivt sätt. Enhetschefen som var närvarande vid det sista mötet som skedde mellan mig och ledningen, uppgav i varje fall att hon hade kommit vidare och arbetade strukturerat med samverkansprocessen utifrån det material som hade framkommit. Den deltagarorienterade aktionsforskningen fungerade som en katalytisk faktor som synliggjorde ett dolt tillstånd av kaos. De upprörda känslor som hade uppstått hindrade inte utvecklingen av samverkan. Istället var de troligen ett led i eller en förutsättning för en fortsatt utveckling av samverkan.

Ovanstående resonemang kan också anknytas till teorier om gruppprocesser, där konfliktfasen anses vara centralt för gruppprocessens utveckling (Tuckman, 1965). På samma sätt hävdar Blake och Mouton (1979) att det är centralt för en samverkansprocess att åstadkomma en kontrollerad explosion där deltagarna mäter varandras styrkor. De menar att genom att lyfta fram konflikter i kontrollerade former kan aktörerna upprätta relationer och förtroende mellan varandra. Kommunikationsarenorna i detta fall, där olikheter och konflikter hanterades genom en samverkansstrategi, hade en central betydelse för detta.

Detta anknyter till de slutsatser som Huxham och Vangen (2005) har dragit om att samverkansprocesser alltid är instabila och dynamiska. Det kinesiska tecknet för kris består av två tecken där det ena betyder risk eller fara och det andra möjlighet. Ett antagande är att de kommunikationsarenor som skapades och som kunde upplevas som kaos eller kris i samverkansprocessen samtidigt också innebar möjligheter till förändring och utveckling. En viktig skillnad mellan den linjära hierarkiska modellen och den dynamiska modellen är att de bygger på två olika teoretiska perspektiv, ett konsensusteoretiskt respektive ett konfliktteoretiskt perspektiv.

Konsensus- kontra konfliktteoretiskt perspektiv

Den politiska och administrativa ledningen inom regionen framställde samverkan i positiva termer, som oproblematisk och de hade stora förväntningar på vad som skulle kunna åstadkommas genom att utveckla samverkan. Deras strategi innebar att samverkan skulle utvecklas genom en linjär hierarkisk process med tre moment: beslut, planering och genomförande. En sådan process kan te sig naturlig i den offentliga sektorns hierarkiska struktur som är uppbyggd med domäner som har olika ansvarsområden. Ledningens strategi påminner om den samverkansmodell som beskrivits av Lorange och Roos (1991), där samverkan utvecklas i en linjär process och utmynnar i att den fördjupas och konsolideras.

Den första delprocessen illustrerades med hjälp av en sådan linjär hierarkisk modell, som visade hur processen hade sin gång. Kopplingen mellan aktörerna var svag. Länken mellan ledningen och de professionella var styrgruppen och projektgruppen, samt enskilda möten som arrangerades tillfälligt vid behov, till exempel vid information från ledningen till personalen och vid konfliktsituationer. Eftersom tanken var att ledningen skulle arrangera ett

dialogmöte då konflikter uppstod kan det vara så att de betraktade konflikter som något som endast uppkom i undantagsfall. Vidare kan det också vara så att de betraktade konflikter som något som kunde hanteras och lösas vid ett tillfälle.

Den svaga kopplingen mellan aktörerna innebar att de sällan möttes och att det inte var så tydligt att det förekom olika och motstridiga föreställningar och konflikter. Aktörerna kunde därmed gå i god tro om att det inte fanns några motsättningar utan att den allmänna uppfattningen var den de själv hade. Då konflikterna blev synliggjorda, till exempel genom aktionsforskningen, visade aktörerna stor förvåning över att de förekom. Sammantaget kan en slutsats vara att ledningens strategi för samverkansprocessen var byggd utifrån ett konsensusteoretiskt perspektiv. Utifrån det perspektivet är det möjligt att förstå varför ledningen inte såg något behov av att kontinuerligt arrangera arenor för möten mellan aktörer, där olika föreställningar kunde mötas och konflikter kunde hanteras. Det var helt enkelt inte nödvändigt.

Som aktionsforskare intervenerade jag med ett motsatt perspektiv, ett konfliktteoretiskt perspektiv. Interventionen bestod av att presentera detta perspektiv som ett alternativt betraktelsesätt, samt att utveckla en strategi för samverkansprocessen utifrån detta perspektiv, den dynamiska modellen. De konflikter som visade sig i denna process, till exempel att personalen upplevde misstro gentemot ledningen och att det var svårigheter att skapa delaktighet i processen, är troligen ganska vanliga inom offentliga organisationer. Det är troligen vanligt också att det blir ett stopp i samverkansprocesser då de ska övergå från planering till genomförande (Eriksson, Lindencrona, Olsson & Puskeppelit, 2007). I en studie av samverkansprocesser mellan myndigheter har Johansson (2011) visat att processerna inte var linjära och inte heller följde några statiska mönster utan att de befann sig i ett latent spänningsförhållande. Detta innebar att processerna var i kontinuerlig förändring och att de genererade olika dilemman och konflikter. Konflikter var en naturlig del av dessa processer medan konsensus endast var ett tillfälligt stadium (Johansson, 2011).

Liksom i Johanssons (2011) forskning visar denna studies empiri att konflikter var en central del av samverkansprocessen. I denna studie visade det sig även att det fanns behov av att hantera en och samma konflikt vid flera tillfällen, det vill säga att konflikthanteringen innebar en process över tid. Utifrån ett konfliktteoretiskt perspektiv är det förvånansvärt att det inte finns kontinuerliga arenor för konfliktlösning eftersom konflikter anses som naturligt

förekommande och därmed i behov av att hanteras. Att sådana arenor inte fanns kan förstås utifrån att ledningen betraktade samverkan utifrån ett konsensusteoretiskt perspektiv. Det är ett vanligt förekommande mål med samverkan att det ska generera helhetssyn hos aktörerna. Detta mål fanns även i denna samverkansprocess, där deltagarna skulle utvecklas från att bara se en del av patienten till att se patienten i ett större perspektiv. Detta mål pekar på att det även förekom antaganden om att olikheter är en startpunkt och att dessa olikheter ska berika varandra.

Sammanfattningsvis utgår de två samverkansmodeller som beskrivits i denna studie mer eller mindre från två motsatta teoretiska perspektiv. Den linjära hierarkiska modell som tillämpades vid initieringen men även i viss mån vid avslutningen av utvecklingsarbetet tar sin utgångspunkt i ett konsensusteoretiskt perspektiv, medan den dynamiska modell som tillämpades i utvecklingsarbetet på avdelningen och i de olika ledningsgrupperna, framför allt SAMU-gruppen och Nya SAMU-gruppen, innebär ett konfliktteoretiskt perspektiv. Troligen var införandet av ett konfliktteoretiskt perspektiv en av de viktigaste interventionerna från aktionsforskningen i detta utvecklingsarbete.

Forskarrollen

Den deltagarorienterade aktionsforskningsansatsen ställde särskilda krav på forskarrollen. Det var ett stöd för mig att jag ingick i ett forskarteam där alla hade denna inriktning. Dessutom ingick även en av mina handledare i denna forskargrupp och en annan av handledarna hade bedrivit aktionsforskning tidigare. Förutom de rent forskningsmässiga kunskaperna var mina erfarenheter och kunskaper om sociala processer som till exempel konflikthantering av värde. Forskarrollen innebar att intervensera med nya perspektiv, att vara budbärare, stödjare, konflikthanterare, katalysator och kritiker.

Rollen som kritiker ställde särskilda krav genom att uppmärksamheten vändes mot mig, så att jag själv blev kritiskt granskad av aktörerna, samtidigt som det var viktigt att undvika att trappa upp konflikter. Skeendet tolkar jag som om att deltagarna hade satt sig väl in i forskningsmaterialet och tagit det på allvar, men att det var svårt för dem att hantera, eftersom det skulle kunna användas som kritik mot vissa beslut och mot hur utvecklingen av närsjukvården hade bedrivits. Om kritik tas på allvar kan den bli ett hot mot självkänslan och ett sätt att avvärja detta är att kritisera kritikern. Det fanns situationer som kan bäst beskrivas

som att aktörerna på verksamhetsfältet ville ”skjuta budbäraren”, det vill säga mig. Genom att hantera konflikten i en process upplöstes detta och forskningen kunde fortsättningsvis användas på ett konstruktivt sätt i samverkansprocessen.

Relationen mellan mig och deltagarna i den studerade samverkansprocessen var långt mer nära än då en forskare kommer in tillfälligt och gör några intervjuer. Det är således inte märkligt att det jag sa togs på allvar och ledde till motkritik även om det troligen inte förelåg någon konflikt här i grunden. En särskild prövning för mig i min forskarroll var då chefer från sjukhuset vände sig till forskningsledaren på min arbetsplats för att kritisera mig. Problemet var att forskningsledaren hade en annan ansats ifråga om aktionsforskning och ville att jag skulle be om cheferna om ursäkt. Hon ansåg att jag skulle vara mer ödmjuk och att jag borde ha gett feedback enbart på sådana resultat som kunde upplevas som positiva. På så sätt tog forskningsledaren parti för cheferna gentemot mig och det fanns därmed risk för att konflikten skulle ha trappats upp. Konflikten som visade sig här handlade om hur forskarna skulle förhålla sig till regionen, det vill säga hur pass självständiga och kritiska man skulle kunna vara som forskare. Det fanns risk för att jag skulle ha fått en syndabocksroll för problem som låg mellan forskningsplattformen och sjukhuset.

För deltagarna på verksamhetsfältet kunde en doktorand med en deltagarorienterad aktionsforskningsansats knappast utgöra något större stöd i samverkansprocessen. Dessutom hade jag flera andra intressen som styrde mig, till exempel forskningsmeritering. Som aktionsforskare var jag en gäst som fanns utanför organisationens hierarkiska struktur. Detta kan ha varit en betydelsefull faktor som vid den ovan nämnda konflikten. Vid det tillfället var jag på väg att avsluta mina kontakter på fältet av forskningsmeritmässiga skäl. Jag skulle dra mig ur processen för att kunna få ro och distans till att skriva avhandlingen. Hade inte forskningsintresset fått styra i detta skede och situationen hade varit så att jag stannat kvar och fortsatt att bedriva aktionsforskning hade kanske utvecklingen sett annorlunda ut.

En personlig lärdom som handlar om samverkan och konflikt i forskarrollen, såväl som i andra roller i livet, är vikten av att inte överge sig själv. Vid konflikter kan rädsla för olika saker infinna sig, till exempel rädsla för att bli utsedd till syndabock, att få bära hela skulden för konflikten, samt att bli avpolletterad eller övergiven. Vid upplevelsen av dessa känslor finns frestelsen att välja att alliera sig med någon eller några av de andra aktörerna i konflikten för att inte vara eller riskera att bli ensam. Min uppfattning är att en sådan strategi

kan innebära att man överger sig själv och blir då verkligen ensam. En situation där denna lärdom kom till pass var då chefer vid sjukhuset vände sig till forskningsledaren på grund av den sista återföringen på avdelningen. Forskningsledaren ville i denna situation att jag skulle ansluta mig till hennes ansats, hennes forskningsstrategi och förhållningssätt. Jag granskade mitt eget förhållningssätt och mina antaganden och prövade dessa även i samtal med andra innan jag valde att hålla fast vid dem.

Mitt i konflikten skulle det ha kunnat vara frestande för mig att alliera mig med forskningsledaren och bekräfta hennes ansats i forskarrollen på grund av rädslan att bli ensam. En sådan lösning hade inneburit att jag övergett mina egna värderingar och antaganden omkring forskningsetiska aspekter och att jag på så sätt hade övergett mig själv. En sådan lösning hade också inneburit att jag verkligen hade blivit ensam. Inte ens jag själv skulle ha stått upp för mina antaganden. Kanske är det också så att bildandet av allianser i konflikter medverkar till att det egna tänkandet och omdömet riskerar att gå förlorat.

Om forskningsansatsen och metoden

Den hermeneutiska ansatsen, där tolkningen är central, visade sig att vara en lämplig ansats för denna studie. Den deskriptiva framställningen skildrade vad som hände, men för att förstå processen var det nödvändigt att även tolka materialet. De olika teorierna, som presenterades i den första delen av avhandlingen, var till stöd för förståelsen men behövde även kompletteras.

Kunskap och förståelse utvecklades genom dialektiska möten mellan olika förståelsehorisonter. Genom att presentera fenomenet utifrån flera olika perspektiv minskades risken för att förenkla förståelsen av fenomenet. Urvalet avgjordes utifrån händelsernas centra, det vill säga jag strävade efter att närvara där deltagarna i CUU-projektet gjorde ansträngningar för att utveckla samverkan. Dessa avgöranden gjorde jag tillsammans med deltagarna på verksamhetsfältet. Dessutom kompletterades bilden med röster från andra involverade som politiker, anhöriga och patienter. På grund av behov av avgränsningar har deras röster dock varit högst begränsade i studien. Trots det har deras röster haft ett värde för studien, eftersom de visar deras bilder av samverkansprocessen. Det kan naturligtvis finnas flera andra bilder, eftersom materialet aldrig kan bli heltäckande.

Genom att jag var frågvis och öppen när det gällde mina egna funderingar och tankar om samverkansprocessen, kunde en ökad förståelse av fenomenet uppnås. Stundom kunde jag uppleva mig sårbar med min öppenhet, samtidigt som det också innebar att jag och deltagarna på fältet kom att ha en mer jämlik relation. Det satte även igång parallella processer, som innebar att deltagarna också var öppna omkring sina funderingar och tankar.

Det var lämpligt att både ha samtal/intervjuer och göra observationer för att generera empiriskt material om samverkansprocessen. Det fanns tillfällen då det visade sig att deltagarnas utsagor inte stämde överens med vad de gjorde eller vad som hände. Genom att påpeka och samtala om detta medvetandegjordes skillnader som innebar att vi tillsammans kunde nå en ökad förståelse om fenomenet ifråga. Observationerna var ostrukturerade, vilket jag fann vara lämpligt eftersom studien syftade till att förstå och kanske finna nya sätt att betrakta samverkan på. Genom detta förhållningssätt kunde de två modellerna för att utveckla samverkan utarbetas.

Forskningscirkeln fann jag vara ett spännande och framgångsrikt sätt att arbeta med deltagarorienterad aktionsforskning. Dels skapades ett tillitsfullt klimat i gruppen, vilket möjliggjorde fördjupade dialoger, samt ökad kunskap och förståelse. Dels utvecklade gruppen ett stort engagemang för forskningen, vilket innebar att deltagarna även bidrog med att göra observationer och kontinuerligt tolkningsarbete. Gruppens sammansättning med fyra arbetsledare och jag hade kunnat tillsättas på ett mer representativt sätt genom deltagare från fler domäner. Här fick jag förhandla och hade svårt för att hävda mig i det inledande skedet då gruppen tillsattes.

KAPITEL IX

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Tillbaka till forskningsfrågorna

I framställningen har en specifik samverkansprocess inom hälso- och sjukvården beskrivits och analyserats. Samverkansprocessen följdes i över fyra år med en deltagarorienterad aktionsforskningsansats. Det övergripande vetenskapliga syftet med avhandlingen har varit att förstå den samverkansprocess som ägde rum i samband med utvecklingen av närsjukvård i Hässleholm. Strävan har varit att förstå samverkansprocessen genom att beskriva, förklara och analysera den. Det har handlat om att förstå varför processen utvecklades som den gjorde, dels utifrån deltagarnas samlade intentioner, dels utifrån ett samhälls- och omgivningsperspektiv. Här följer en återknytning till de frågeställningar som behandlats i avhandlingen, samt en sammanfattning av dess resultat och slutsatser.

Hur kan samverkansprocessen beskrivas?

Den första frågeställningen handlade om hur den studerade samverkansprocessen skulle kunna beskrivas. Det var en komplex uppgift att beskriva samverkansprocessen och vad som hade påverkat den. Några olika perspektiv valdes som hållpunkter och fick utgöra en ram för den deskriptiva framställningen. Det handlade om samverkan som horisontell och vertikal integrering, interaktionen mellan olika domäner, sociala processer såväl som arbetsprocesser, samt uppdelningen av samverkansprocessen i delprocesser.

När det gäller horisontell och vertikal integrering var fokus inom verksamhetsfältet framför allt på att utveckla horisontell integrering, det vill säga att utveckla samverkan mellan de professionella inom och mellan kommunen, sjukhuset och primärvården. Det visade sig också att det fanns ett komplext samband mellan horisontell och vertikal integrering. Detta innebar att den deskriptiva framställningen fick skildra både vertikal och horisontell utveckling av samverkan. För att begränsa studien till en rimlig ansats valdes att enbart beskriva den vertikala integreringen utifrån en organisation, nämligen regionen.

Vid beskrivningen av samverkansprocessen var det lämpligt att även koppla på ett domänteoretiskt perspektiv på skeendena och beskriva interaktionen mellan olika domäner inom den studerade organisationen. Beskrivningen innehåller röster från de politiska, administrativa, professionella domänerna, samt även från brukardomänen, vilket ger en inblick i olika aktörers upplevelser och skeenden på olika nivåer inom den studerade organisationen. Detta för att ge någon form av ”helhetsbild” av samverkansprocessen.

Utifrån tidigare studier som visat att sociala processer påverkar det som sker i arbetsprocesser valdes att beskrivningen skulle omfatta både sociala processer och arbetsprocesser. Det finns ingen tydlig gränsdragning mellan vad som tillhör vad inom dessa två processplan, utan strävan har varit att även beskriva vad som hände på det sociala processplanet, eftersom detta kan ha påverkat utvecklingen av samverkan på arbetsprocessplanet. Ett exempel är beskrivningarna om hur konflikter hanterades. Dessa skulle i ett första skede kunna anses som ovidkommande aspekter i arbetsprocessen att utveckla samverkan. I den fortsatta analysen visade det sig dock att dessa aspekter hade en central betydelse.

När det gäller beskrivningen av samverkansprocessen valdes att göra en uppdelning i olika delprocesser, där varje delprocess innehöll en eller flera aktiviteter som på olika sätt påverkat utvecklingen av samverkansprocessen. Beskrivningen byggde på ett rikt och omfattande empiriskt material. Mycket tid och möda lades ned på att utarbeta en lämplig struktur för att presentera detta material. De olika sammanställningarna lästes igenom fram och tillbaka. Perspektivet pendlade mellan helheten och delarna. Olika sätt att redovisa materialet prövades. Slutligen framträdde ett mönster som innebar en uppdelning av samverkansprocessen i fyra olika delprocesser: initieringen av utvecklingsarbetet inom regionen, utvecklingsarbetet på avdelningen, ledningen av utvecklingsarbetet, samt avslutningen av utvecklingsarbetet. Uppdelningen i fyra delprocesser tydliggjorde att det fanns ett mönster som innebar att nya aktiviteter påbörjades och genomfördes med två olika typer av strategier.

Vilka skeenden var centrala och betydelsefulla?

Den andra frågeställningen gällde vad som var centralt för utvecklingen av samverkan. Under den första delprocessen rådde ett stabilt fruset tillstånd. Grupper, domäner och organisationer var som isolerade öar, som svävade fritt och som strävade efter att förhålla sig relativt

oberoende av varandra. På varje ö utvecklades olika föreställningar om de andra öarna och om samverkansprocessen, samt om vad som behövde göras för den fortsatta utvecklingen. Det var en bristande kontakt mellan öarna, vilket bland annat innebar att olikheter och konflikter hanterades defensivt med automatik. Samverkansprocessen stannade till viss del upp inför själva genomförandet.

Under de andra och tredje delprocesserna utvecklades samverkan. Det som var centralt för denna utveckling var de kommunikationsarenor som båda delprocesserna innehöll. Vid dessa arenor skapades delaktighet och konflikter hanterades genom en samverkansstrategi med stöd av en tredje part. Processerna präglades av dynamiska möten. Ett antagande är att kommunikationsarenorna gav möjligheter att förändra aktörernas föreställningar om varandra, om processen, samt att de skapade en grogrund för att utveckla gemensamma idéer och samverkan. Dessa arenor förändrade de olika föreställningarna som existerade på de tidigare isolerade öarna och skapade förutsättningar för förändring och utveckling.

En annan aspekt som var central för utvecklingen av samverkan var att det fanns en viss handlingsfrihet för de som skulle genomföra förändringarna. Handlingsfriheten innebar att de kunde själva fatta beslut om vad som skulle förändras inom ramen för det övergripande beslutet om att utveckla närsjukvård genom samverkan. Att det övergripande målet var vagt formulerat hade stor betydelse för denna handlingsfrihet.

Vilka utvecklingsstrategier användes?

Den tredje frågeställningen handlade om vilka strategier som användes i den studerade processen för utveckling av samverkan. I den första delprocessen användes en utvecklingsstrategi som var i enlighet med en linjär hierarkisk modell. Denna modell innebar en ovanifrån styrd utveckling, där strävan var att implementera det som den politiska och administrativa ledningen inom regionen hade beslutat och planerat. Inga större avvikelser skulle ske utan det skulle vara stark koppling mellan det övergripande beslutet, planering och genomförande. Varje domän skulle sedan agera utifrån sitt avgränsade mandat. Det innebar med andra ord en svag koppling mellan domänerna. Det var även en svag koppling mellan de berörda organisationerna.

Under de andra och tredje delprocesserna användes en utvecklingsstrategi i enlighet med en dynamisk processmodell. Denna modell innebar en underifrån styrd utveckling av samverkan. Kopplingen mellan de administrativa och professionella domänerna stärktes genom att olika kommunikationsarenor arrangerades. De professionella som skulle genomföra besluten fick också en viss handlingsfrihet och kunde vara delaktiga i både beslut och planering. Det innebar att det blev en svag koppling mellan det övergripande beslutet om närsjukvård och vad som sedan genomfördes.

Vilken betydelse hade aktionsforskningen?

Den fjärde frågeställningen handlade om vilken betydelse den deltagarorienterade aktionsforskningen hade för utvecklingen av den studerade samverkansprocessen. Aktionsforskningens största betydelse var troligen de interventioner som gjordes utifrån det konfliktteoretiska perspektivet. Utifrån detta perspektiv fördes resonemang som påvisade en alternativ förståelsevärld och ett alternativt förhållningssätt.

Genom den dynamiska samverkansstrategin där olika kommunikationsarenor arrangerades framkom att det förekom olika förståelsevärldar inom de berörda domänerna och organisationerna. Ledningen och de professionella samt kommunen och regionen hade dialoger om detta. Det innebar att det frusna tillståndet från den inledande fasen av utvecklingsprocessen tinades upp och förändrades, vilket i sin tur innebar att samverkan utvecklades. När aktionsforskningen avslutades gick tillståndet tillbaka till den linjära hierarkiska modellen. Detta pekar på att aktionsforskningen enbart hade en temporär betydelse.

Hur kan deltagarnas handlingar förklaras och förstås?

Den femte frågeställningen gällde hur deltagarnas handlingar i samverkansprocessen kan förklaras och förstås. Eftersom det verkade finnas generella mönster utifrån de olika aktörernas tillhörighet kan frågeställningen besvaras utifrån deras domäner och organisationstillhörighet. Aktörer från alla berörda domäner och verksamheter hade en intention att utveckla samverkan. Det fanns dock olika uppfattningar om hur detta skulle ske och vad samverkan egentligen innebar. Aktörerna handlade därför utifrån den organisatoriska

struktur som de befann sig i och utifrån den gemensamma föreställningsvärld som existerade där de befann sig.

Under den första delprocessen, som kunde beskrivas som en linjär hierarkisk modell, var region- och sjukhusledningens strategi att driva implementering av vårdprocesser. Detta kan förklaras utifrån att de olika domänerna och organisationerna existerade relativt oberoende av varandra, samt utifrån den subkultur som präglade denna domän. Den administrativa domänen präglades av en byråkratisk struktur och rationalisering som syftade till kostnadseffektivitet. Den linjära hierarkiska modellen blev därför relevant och tillämplig inom denna domän. Det är även möjligt att förstå ledningens handlingar utifrån den föreställning de hade om samverkansprocessen. Deras bild var att vårdprocesserna hade utvecklats med stöd av forskning, genom delaktighet och påverkan underifrån i organisationen och från kommunen, samt att vårdprocesserna var utvecklade med fokus på patienten. Det kan därför antas att ledningens intention med sina handlingar var att leda den fortsatta utvecklingen på detta sätt.

De kommunala företrädarna och personalen på sjukhuset hade likartade handlingsstrategier. De bedrev ett passivt motstånd mot regionledningens strategi. De professionellas handlande kan förklaras utifrån den kultur som präglade deras domän. Denna subkultur präglades av en strävan efter autonomi och självreglering. Med en sådan strävan kan det vara svårt att anpassa sig till den hierarkiska linjära strategin där de professionella skulle bli delaktiga i aktiviteter först vid själva genomförandemomentet. Samtidigt är det möjligt att förstå både de professionellas och de kommunala företrädarnas handlingar utifrån deras bild av samverkansprocessen, som handlade om att de inte varit delaktiga i beslutet och planeringen. Det kan antas att de professionellas och de kommunala företrädarnas intention med sina handlingar var att visa sitt missnöje.

Hur kan samverkansprocessen förklaras och förstås?

Den sjätte och sista frågeställningen handlade om hur samverkansprocessen som helhet kan förklaras och förstås, vilket är en övergripande och sammanfattande frågeställning. Denna frågeställning har besvarats genom att beskriva och tolka processen. De teorier och modeller som processen betraktades utifrån var centrala i detta sammanhang.

Det fältteoretiska perspektivet utgjorde en ram med ett öppet förhållningssätt till faktorer som kunde ha påverkat händelseförloppet. Modellen av interaktionsprocesser riktade uppmärksamheten inte bara mot händelser inom arbetsprocessen utan även mot sådant som skedde inom den sociala processen. Modellen av konflikthantering gav stöd till att förstå de konflikter som uppstod och den avgörande betydelsen de hade för samverkansprocessens förlopp. Domänteorin hjälpte till att förstå olika grupper och deras agerande inom sjukhuset och regionen, samt den komplexa relationen mellan vertikal och horisontell integrering. Teorin om svaga respektive starka kopplingar var ett stöd för att förstå relationerna mellan de olika aktörerna och mellan olika delar av aktiviteter som förekom i samverkansprocessen. Det nyinstitutionella perspektivet gav en övergripande förståelse för beslutet om närsjukvård och samverkan men även för processen förlopp.

Sammanfattningsvis kan sägas att det var flera aktörer från olika organisationer, verksamheter och domäner involverade i den studerade samverkansprocessen. Detta innebar samtidigt att det förekom flera olika intressen, fokus och föreställningar om processen. Flera av dessa intressen, fokus och föreställningar var i konflikt med varandra. Det fanns spänningar på olika nivåer mellan domäner, mellan organisationer och inom grupper. Problemet var inte konflikternas existens utan det viktiga var om de betraktades utifrån ett konflikt- eller konsensusteoretiskt perspektiv, samt hur de följaktligen hanterades.

En sammanfattande tolkande beskrivning av processen är följande: Inledningsvis var det som om aktörerna vistades på olika öar, avskilt från varandra. På varje ö ansvarade invånarna för sin egen ö och det som behövdes handhas där. Invånarna på varje ö skapade specifika föreställningar om sig själva, om invånarna på de andra öarna och om hur relationen mellan öarna bör fungera, vilket de kallade för samverkansprocessen. Vid enstaka tillfällen arrangerades tillfälliga besök hos varandra. Vid dessa tillfällen hanterades olikheterna och konflikter som om dem inte hade någon betydelse eller inte ens fanns. Föreställningar som förekom på de andra öarna förbisågs. Situationen och föreställningar existerade som i ett fruset tillstånd. På varje ö kunde man utveckla kunskaper och planera förändringar men det frysta tillståndet innebar att det var tungrott att arrangera och genomföra en utveckling av samverkansprocessen som byggde på ett gemensamt arrangemang.

I nästa fas kom en besökare som åkte runt bland de olika öarna. Besökaren hade av vissa invånare fått i uppgift att stödja samverkansprocessen. Besökaren skrev ner olika

förekommande föreställningar som fanns och delade ut dessa texter till de olika öarna. Vidare arrangerade invånare och besökaren ett antal gemensamma möten mellan invånare från de olika öar där de kunde träffas och ha dialog med varandra. Olika föreställningarna möttes mot varandra och olikheterna var svårt att undvika. Det var en omskakande tid för invånarna, gamla föreställningar började krackelera. Det frusna tillståndet började tinas upp. Invånarna byggde broar mellan öarna som berikade invånarnas föreställningar till att förstå saker från flera öars perspektiv samt främjande dem till att handla gemensamt för ett visst syfte, det vill säga att samverka.

Avslutande kommentarer

Ett viktigt resultat av denna studie är de två olika strategier för utveckling av samverkan som har identifierats, den linjära hierarkiska modellen respektive den dynamiska modellen. Den linjära hierarkiska modellen verkade vara vanlig och välkänd. Det var på detta sätt som utvecklingsarbete brukade ske inom hälso- och sjukvården. Problemet med denna modell var emellertid att utvecklingsarbetet stannade upp vid genomförandefasen. Den svaga kopplingen mellan aktörerna i kombination med deras beroende av varandra var hindrande krafter. Deltagarna från de olika domänerna hade olika mandat och de professionella saknade handlingsfrihet. Olikheter och konflikter hanterades defensivt med automatik och aktörerna höll på så sätt de olika föreställningsvärldarna ifrån varandra. Med utgångspunkt från att vårt handlande har ett samband med våra föreställningar blev inte bara föreställningarna oförändrade utan även handlingsmönstren. De olika domänerna eller grupperna fortsatte att handla så som de tidigare hade gjort.

I den dynamiska modellen skedde däremot en utveckling av samverkan. Genom att arrangera kommunikationsarenor för aktörer från de olika domänerna och organisationerna stärktes kopplingarna mellan dem. Centrala aspekter för samverkansprocessen utvecklades, som till exempel en känsla av delaktighet, en gemensam dialog omkring mål och medel, samt en hantering av olikheter och konflikter. Centralt var även att deltagarna fick tillgång till olika mandat genom att de kom från olika verksamheter och domäner. De olika aktörerna tog del av varandras föreställningsvärldar, vilket betydde att deras föreställningar förändrades och att de fick ta nya hänsyn även i sitt handlande. Det stabila tillstånd som förekom i den linjära hierarkiska modellen ersattes av ett dynamiskt tillstånd som samtidigt möjliggjorde utvecklingen av samverkan och nya handlingsmönster.

Deltagarna föredrog dock i allmänhet den linjära hierarkiska modellen framför den dynamiska. Troligen är detta ganska vanligt inom offentliga organisationer. Orsaken kan vara att deltagarna inte vill ha någon större förändring, samt att den linjära hierarkiska modellen upplevs som trygg och kontrollerbar. Det kan vara så att deltagarna inte vill utveckla samverkan mellan den administrativa och den professionella domänen utan vill ha kvar den traditionella strukturen och ordningen, att de vill ha kvar den föreställningsvärld som de brukar handla utifrån, eller att de har ett konsensusperspektiv där de uppfattar att andra har liknande föreställningar om omvärlden som en själv och att olikheter och konflikter är något störande i samverkansprocessen.

Det kan vara förenat med osäkerhet att utveckla samverkan med hjälp av den dynamiska modellen. Föreställningsvärldar kan komma att förändras, det kan finnas osäkerhet omkring hur processen ska ledas och vilka som kan komma att få inflytande. Dessutom kan konflikter visa sig som kan röra upp känslor och som kan vara svåra att hantera. Det kan finnas en rädsla för vilka känslor som skulle kunna komma i uttryck från andra eller från en själv och aktörer kan visa sig vara ledsna eller arga. Den dynamiska modellen kan skapa en känsla av kaos och det är därför inte svårt att förstå att aktörer undviker den strategin. Ett sätt att hantera osäkerheten skulle kunna vara att utveckla strukturerade ramar för utvecklingsarbetet. En stödjande struktur skulle kunna generera tillit mellan de samverkande aktörerna.

Om det finns en strategi för dialog mellan olika aktörer skapas en viss trygghet. Vid dialogen utbyter aktörer sina föreställningsvärldar och olikheter och konflikter blir synliga. Tanken är att olikheterna och konflikter ska hanteras i process. Det behövs därför kontinuerliga möten och kommunikationsarenor som planeras för en längre tidsperiod, till exempel en gång i månaden för ett år framåt. Det är också viktigt att undvika att avboka dessa möten. Det handlar om att deltagarna på så sätt kan vara förvissade om att någon tar ansvar för att se till att de fortsätter att träffas. Trots konflikterna fortsätter samtalet, vilket kan skapa en trygghet. Samtidigt kan det även stundom finnas en direkt oro över att mötas igen. Det är därför viktigt att skapa trygghet genom att vid dessa möten tillsätta en samtalsledare som har kunskap och kompetens om kommunikation och konflikthantering.

För framtida forskning vore det intressant att genomföra ett nytt aktionsforskningsprojekt, där forskare och deltagare från början skapar kontinuerliga kommunikationsarenor och

strukturerade ramar för utveckling av samverkan. Genom ett sådant projekt skulle det vara möjligt att pröva antagandet som denna studie utmynnar i, nämligen att förekomsten av kontinuerliga kommunikationsarenor i kombination med strukturerade ramar kan främja utvecklingen av samverkan.

De interventioner som gjordes inom ramen för den deltagarorienterade aktionsforskningen tycktes bara ha en tillfällig betydelse. De dynamiska samverkansprocesserna avslutades då jag som forskare avslutade mina kontakter med verksamhetsfältet. Med en ordspråksvändning kan man säga att det var ”svårt fångat och lätt förgånget”. Det är kanske naivt att tro att man med hjälp av aktionsforskning kan påverka och förändra grundläggande strukturer inom hälso- och sjukvården, men även om deltagarna har avslutat de aktiviteter som genomförts i samband med projektet har kanske denna tid med deltagarorienterad aktionsforskning satt sina spår och sått några frön till framtida förändringar.

REFERENSER

- Aanderaa, B. & Tveiten, G. (1994), *Kommuner for barn. Politikk, forvaltning og organisering for bedre oppvekstår*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Alaby, G. (1996), *Framtidens nærvård*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008), *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011), Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation - an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11. www.ijic.org
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1977), *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Axelsson, R. (2012), Forskning om samverkan: en inventering av det svenska forskningsläget. Göteborg: Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2006), Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2007), Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S., red. (2007), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur, 11-31.
- Berglund, S., Andersson, O., Kihlsten, I., Tengland, P-A. & Wemme, M. (2011), *Delaktighet och hälsa: med ungdomar och beslutsfattare i Simrishamn mot hållbara strategier för ökad egenmakt, livskvalitet och jämlikhet i hälsa. Utgångspunkter för en deltagarbaserad aktionsforskningsansats*. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola.
- Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H., red. (2009), *Team i vård, behandling och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Beställarnätverket (2001), *Närsjukvård: Rapport från projekt i Beställarnätverkets handlingsprogram 1999-2000*.
- Björkman, T. (2000), *Case Management for Individuals with Severe Mental Illness : A Process-Outcome Study of Ten Pilot Services in Sweden*. Lund: Lunds universitet.
- Blake, R. & Mouton, J. (1979), Intergroup problem solving in organization: from theory to practice. I: Austin W. G. & Worchel, S. red., *The Social Psychology of Intergroup Relations*. California: Brooks/Cole.
- Blake, M. K. (2007), Formality and friendship: Research ethics review and participatory action research. *ACME*, 6(3), 411-421.
- Blom, B. (1998), *Marknadsorientering av socialtjänstens individ- och familjeomsorg: om villkor, processer och konsekvenser*. Umeå: Umeå universitet.
- Blom, B. (2006), Marknadsorientering av socialtjänsten - orsaker, motiv och effekter. I: Grape, O., Blom, B. & Johansson, R., red., *Organisation och omvärld - nyinstitutinell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur, 173-202.

- Boklund, A. (1995), *Olikheter som berikar?: möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Bray, J. N. (2000), *Collaborative Inquiry in Practice : Action, Reflection, and Meaning Making*. London: Sage Publications.
- Brown, R. (2000), *Group Processes: Dynamics within and between Groups* (2. ed). Malden, Mass.: Blackwell.
- Brydon-Miller, M., Greenwood, D. & Maguire, P. (2003), Why action research? *Action Research*, 1(1), 9-28.
- Burgess, R. G. (1991), *In the Field: An Introduction to Field Research*. London: Routledge.
- Burke, W. W. (1982). *Organization Development : Principles and Practices*. Boston: Little Brown.
- Börjesson, B. (2010), *Förstå socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Cernerud, L. (2009), Dags att precisera ämnet folkhälsovetenskap. *Socialmedicinsk tidskrift*, 86(1), 11-15.
- Clark, A. W. (1976), Introduction. In: Clark, A. W., ed., *Experimenting with Organizational Life: The Action Research Approach*. New York: Plenum, 1-7
- Coffin, B. (2005). Building ethical capacity for collaborative research. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 34(4), 531-539.
- Costa, A. C., Roe, R. A. & Taillieu, T. (2001), Trust within teams: the relation with performance effectiveness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10, 225-244.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2011), *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Czarniawska-Joerges, B. (1988), *Reformer och ideologier: lokala nämnder på gång*. Lund: Doxa.
- Danermark, B. (2003), *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. (2009), ”Samverkan – ett teoretiskt perspektiv”. I: Landberg, Å., red., *Boken om barnahus: samverkan med barnen i centrum*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999), *Samverkan : välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- De Cremer, D. & Stouten, J. (2003). When do people find cooperation most justified? The effect of trust and self-other merging in social dilemmas. *Social Justice Research*, 16, 41-52.
- Dewey, J. (1957). *Human Nature and Conduct*. New York: Modern Library.
- Dowsett, G. (1995). Focus on HIV/AIDS research. *Healthlines*, 28.
- Drucker, P. F. (1992). *Managing for the Future : The 1990s and Beyond*. New York: Truman Talley/Dutton.
- Ekeland, T.-J. & Nordli, H. (2006). *Konflikt och konfliktförståelse – för vården och den sociala sektorn*. Malmö: Liber.

- Ekman Phillips, M. (2002), *Dialog över etablerade gränser: om organisationsutveckling i sjukvården*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Ekman, M. (2007), *Innovationer i vårdens vardag; de små stegens väg till förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman Philips, M., Ahlberg, B. M. & Huzzard, T. (2003), Planning from without or developing from within? Collaboration across the frontiers of health care. In: Fricke, W. & Totterdill, P., eds., *Action Research in Workplace Innovation and Regional Development*, Philadelphia: John Benjamins, 103-126.
- Elden, M. & Chisholm, R. F. (1993), Emerging varieties of action research. *Human Relations*, 46(2), 121-142.
- Elden, M. & Levin, M. (1991). Cogenerative learning: bringing participation into action research. In: Whyte, W. F., ed., *Participatory Action Research* (pp. 127-142).
- Eliasson-Lappalainen, R. (1987), *Forskningsetik & perspektivval*. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Elmér, Å. (1969), *Från Fattigsverige till välfärdsstaten : sociala förhållanden och socialpolitik i Sverige under nittonhundratalet*. Stockholm: Aldus.
- Eriksson, A., Lindencrona, F., Olsson, I., & Puskeppeleit, M. (2007), Intersektoriell samverkan i utvecklingsprojekt - en jämförande analys. I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S., red., *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer, och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur, 87-121.
- Fink, C. F. (1968), Some conceptual difficulties in the theory of social conflict. *Journal of Conflict Resolution*, 12(4), 412-460.
- Forsyth, D. R. (1999), *Group Dynamics* (3. ed). London: Brooks/Cole.
- Fosse, E. (2000). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Fosse, E. (2007), Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer, och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur, 123-142.
- French, W. L. & Bell, C. H. (1999), *Organization Development: Behavioral Science Interventions for Organization Improvement* (6. ed). London: Prentice Hall.
- Fridolf, M. (2002), *Integrering som lokal organiseringsprocess mellan professionella, chefer och politiker*. Göteborg: Göteborgs universitet, CEFOS.
- Fridolf, M. (2004), *Samordning - nya möjligheter inom välfärdsområdet*. Stockholm: Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet.
- Germundsson, P. (2011), *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa : om sociala representationer och interprofessionell samverkan*. Örebro: Örebro universitet.
- Grape, O., Johansson, R. & Blom, B. (2006), *Organisation och omvärld : nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Graver, L. D. (1999), *Evaluation of the Local Multidisciplinary Facilitation Teams in Primary Care*. Liverpool: John Moores University.
- Gray, B. (1989), *Collaborating : Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Greenwood, D. J. & Levin, M. (1998), *Introduction to Action Research : Social Research for Social Change*. Thousand Oaks: SAGE.
- Grodstein, F. (1996), Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *New England Journal Of Medicine*, 335(18), 1406-1406.
- Hartman, L., ed. (2011), *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS förlag.
- Hasselblad, H., Bejerot, E., & Gustafsson, R. Å. (2008), *Bortom New Public Management - institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Heron, J. (1996), *Co-operative Inquiry: Research into the Human Condition*. London: SAGE.
- Hertting, N. (2003), *Samverkan på spel : rationalitet och frustration i nätverksstyrning och svensk stadsdelsförnyelse*. Stockholm: Égalité.
- Hjelte, J. (2005), *Samarbete i gränsland: om relation och kommunikation i samarbete mellan skola och barnomsorg*. Umeå: Umeå universitet.
- Hjern, B. (2007). Samverkan: inneord eller utmaning för svenska modellen. I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S., red., *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer, och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur, 33-59.
- Hood, C. (1995), The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109.
- HSFR (1999) *Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet.
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M., & Wistow, G. (1999), In pursuit of inter-agency collaboration in the public sector. *Public Management*, 1(2), 235-260.
- Hultberg, E.-L. (2005), *Co-financed Collaboration Between Welfare Services: Effects on Staff and Patients with Musculoskeletal Disorders*. Göteborg: Göteborgs universitet
- Hummelvoll, J. K. (2003), *Kunnskapsdanning i praksis : handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Huxham, C. (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5(3), 401-423.
- Huxham, C. & Vangen, S. (1996). Working together. Key themes in the management of relationships between public non-profit organizations. *International Journal of Public Sector Management*, 9, 5-17.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London; Routledge.
- Högskolan Kristianstad (2012). *Forskningsplattformen Hälsa i samverkan*.
<http://www.hkr.se/sv/forskning/forskningsmiljoer/forskningsplattformen-for-halsa-i-samverkan>
- IFSW (2005), Definition of social work. International Federation of Social Workers.
- Israel, J. (1971), *Om konsten att lyfta sig själv i håret och behålla barnet i badvattnet: kritiska synpunkter på samhällsvetenskapens vetenskapsteori*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Janis, I. L. (1972), *Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascos*. Boston: Houghton Mifflin.

- Janis, I. L. (1982), *Groupthink : Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes* (2.ed). Boston: Houghton Mifflin.
- Janlert, U. (2000), *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.
- Johansson, R. (2006), Nyinstitutionell organisationsteori - från sociologi i USA till socialt arbete i Sverige. I: Grape, O. Blom, B. & Johansson, R., red., *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur, 17-45.
- Johansson, S. (2011). *Rätt, makt och institutionell förändring: en kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. Lund: Lunds universitet.
- Johansson, Y. (2012). *Tensions in the Field of Health Care. Knowledge Networks and Evidence-Based Practice: An Action Research Approach*. Kristianstad: Kristianstad Academic Press.
- Jones, G. R. & George, J. M. (1998), The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. *Academy Of Management Review*, 23(3), 531-546.
- Julian, D. A., Jones, A. & Deyo, D. (1995), Open systems evaluation and the logic model: Program planning and evaluation tools. *Evaluation and Program Planning*, 18(4), 333-341.
- Kadefors, A. (2004), Trust in project relationships – inside the black box. *International Journal of Project Management*, 25, 457-464.
- Kadefors, A. (2005), Fairness in interorganizational project relations: norms and strategies. *Construction Management and Economics*, 23, 871-878.
- Kernick, D. (2006), Wanted - new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? *Family Practice*, 23(3), 385-390.
- Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. (2002), Integrated care: meaning, logic, applications and implications. *International Journal of Integrated Care*, 2. www.ijic.org
- Kommunförbundet Skåne (2011), *Stadgar för Kommunförbundet Skåne*.
<http://www.kfsk.se/download/18.2237a331308abdc034800010001/Stadgar+f%C3%B6r+Kommunf%C3%B6rbundet+Sk%C3%A5ne,+110513.pdf>
- Konrad, E. L. (1996), A multidimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives. *New Directions for Evaluation*, 69, 5-19.
- Kouzes, J., & Mico, P. R. (1979), Domain theory: an introduction to organizational behavior in human service. *Journal of Applied Behavioral Science*, 15, 449-469.
- Kronvall, K., Olsson, E. & Sköldborg, T. (1991), *Förändring och lärande : en utmaning för offentlig sektor*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., Brinkmann, S. & Torhell, S-E. (2009), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lacoursiere, R. B. (1980), *The Life Cycle of Groups: Group Development Stage Theory*. New York: Hman Sciences Press.
- Larsson, K., & Szebehely, M. (2006), Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna. I: *Äldres levnadsförhållanden - arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 411-420.

- Lauvås, K., & Lauvås, P. (1994), *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi*. Oslo: TANO.
- Lawrence, P. R., Garrison, J. S. & Lorsch, J. W. (1986), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Leichsenring, K. & Alaszewski, A. M. (2004), *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons: A European Overview of Issues at Stake*. Aldershot: Ashgate.
- Leutz, W. N. (1999), Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Levy, R. (2010), New Public Management. *Public Policy and Administration*, 25(2), 234-240.
- Lewin, K. (1948), *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics*. Oxford: Harpers.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers* (Ed. Cartwright, D.). Oxford: Harpers.
- Liljegren, A. (2008), *Professionellt gränsarbete : socionomexemplet*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Lindberg, K. (2002), *Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer*. Göteborg: Handelshögskolan, Göteborgs universitet.
- Limdborg, K. (2009), *Samverkan*. Malmö: Liber.
- Lindqvist, R. (1998), *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, R. (2000), *Att sätta gränser: organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa.
- Lindqvist, R. & Grape, O. (1999). Vocational rehabilitation of the socially disadvantaged long-term sick: inter-organizational co-operation between welfare state agencies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 5-10.
- Lorange, P. & Roos, J. (1992), *Strategic Alliances: Formation, Implementation, and Evolution*. Cambridge, Mass.: Blackwell.
- Löfström, M. (2010), *Samverkan och gränser. Studier av samverkansprojekt I offentlig sektor*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Mandell, M. P. & Steelman, T. A. (2003), Understanding what can be accomplished through interorganizational innovations. *Public Management Review*, 5(2).
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977), Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83: 340-363.
- Michaeli, I. (2006). *Närsjukvård - att tänka utan gränser och att forma nya*. Lund: FoU Skåne.
- Milgram, S. (1974), *Obedience to Authority: An Experimental View*. London: Tavistock.
- Miller, C. & Ahmad, Y. (2000), Collaboration and partnership: an effective response to complexity and fragmentation or a solution built an sand? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20, 1-38.
- Mitchell, S.M. & Shortell, S.M. (2000), The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy and practice. *The Millbank Quarterly*, 78(2), 241-289.

- Naidoo, J. & Wills, J. (2005), *Public health and health promotion : developing practice* (2. ed). Edinburgh: Baillière Tindall.
- Naidoo, J., Wills, J. & Larsson-Wentz, K. (2007), *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordqvist, S. (2002), *Team-based organizations : working conditions and methods in project teams and self-managing groups*. Stockholm: Dept. of Psychology Psykologiska institutionen. Stockholm univ.
- Olsson, A-M. E. (2011), *Listening to the Voice of Children. Systemic Dialogue Coaching: Inviting to Participation and Partnership in Social Work*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.
- Olsson, E. (1988), *Förändring och konflikt: om mellanmänskliga processer i en vårdorganisation*. Studentlitteratur, Lund.
- Olsson, E. (1991), Förändring och kvalitet: om konstruktiv och destruktiv konflikthantering vid förändring i vårdorganisationer. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 6, 272-282.
- Olsson, E. (1998). *På spaning efter gruppens själ: gruppen i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, E. & Ingvad, B. (2000), *Köp, sälj och platta till! Organisationsförändringar, arbetsmiljö och omsorgskvalitet i hemtjänsten under 1990-talet*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.
- Olsson, I. (2005), *Kartläggning och planering inför en utvärdering av CUU-projektet*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.
- Olsson, I., Hasselström, P., Nilsson, E., Thorsell, K., & Wendel, C. (2007), Developing collaboration by way of collaboration within Swedish health care. Paper presented at the Collaborative Action Research Network (CARN) International Conference. Umeå: Umeå universitet..
- Palmer, R. E. (1975), *Hermeneutics: Interpretation Theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer*. Evanston: Northwestern University.
- Patton, M. Q. (2004), *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: SAGE.
- Payne, M. & Nilsson, B. (2008), *Modern teoribildning i socialt arbete* (2. ed). Stockholm: Natur & Kultur.
- Pedersen, L. T. (2007), Conversational disobedience in research interviewing. *Tidsskrift for Kvalitativ Metodeudvikling*, 42, 18-29.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2002), *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Petersson, P. (2006), *"Patienterna har inte uppfattat någonting av de förbättringar vi gjort"*. *En ansats till att förstå en förändringsprocess inom hälso- och sjukvården*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.
- Plamping, D., Gordon, P. & Pratt, J. (2000), Modernising the NHS - practical partnerships for health and local authorities. *British Medical Journal*, 320(7251), 1723-1725.
- Plsek, P. E. & Greenhalgh, T. (2001), Complexity science - the challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323 (7313), 625-628.
- Proposition 1996/97:63, *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.

- Proposition 1999/2000:149. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Ragneklint, R. (2002). *"Man kan bli bättre om man vet vad bättre är!" En studie kring effektivitetsbegreppet som en samhällelig grundbult*. Lund: Lunds universitet.
- Reason, P. (1994), Three approaches to participative inquiry. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S., eds., *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE, 324-339.
- Region Skåne (2001a), Uppdragsbeskrivning för Skånsk livskraft, vård och hälsa. 27 augusti 2001.
- Region Skåne. (2001b), – Medborgarnas behov ska skapa ny grundstruktur för sjukvården. Aktuellt om Skånsk Livskraft - vård och hälsa. November 2001.
- Region Skåne (2002), FoU-Nätverk Närsjukvård Skåne Nordost. Inriktningsmål för nätverksgrupper. 19 mars 2002.
- Region Skåne (2003a), Skånsk livskraft vård och hälsa. Regionfullmäktige 18-19 juni 2003.
- Region Skåne (2003b), Skånsk Livskraft - Vård och hälsa. Ett samarbete mellan region Skåne och de skånska kommunerna. Kansliet för Skånsk livskraft - vård och hälsa, augusti 2003.
- Region Skåne (2003c), Projektplan CUU - Ett centrum för utbildning och utveckling - i ett närsjukvårdsperspektiv.
- Region Skåne (2004a), Skånsk Livskraft - vård och hälsa. Regionfullmäktige 28-29 juni 2004.
- Region Skåne (2004b), Samordnad vårdplanering. I samverkan mellan kommunförbundet Skåne och region Skåne. Februari 2004.
- Region Skåne (2005a), Rapport från HOP-projektet: närsjukvård i Hässleholm, Osby och Perstorp. September 2005.
- Region Skåne (2005b), FoU Nätverk Närsjukvård Skåne Nordost. En samverkan mellan högskola, Region Skåne och kommunerna i Nordöstra Skåne.
- Region Skåne (2005c), 6-punktsmodellen.
<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/ab.pdf>
- Region Skåne (2005 d), KVH Kvalificerad Vård i Hemmet. Hässleholm och Kristianstad.
<http://www.skane.se/pages/114429/Dokument/KVH.pdf>
- Region Skåne (2008a), Hässleholms sjukhusorganisation. <http://www.skane.se/>
- Region Skåne (2008b), FoU Nätverk Närsjukvård Skåne Nordost. Nyhetsbrev no 8.
- Region Skåne (2008c). Primärvården Skåne.
<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=187082>
- Region Skåne (2010), Kommunernas region – dialog och samverkan.
http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/HamtaBestall/Informationsmaterial/Kommunernas_Region.pdf
- Region Skåne (2012), Hässleholm.
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Hassleholm/Hassleholm>
- Region Skåne & Kommunförbundet Skåne (2003), Skånsk Livskraft - vård och hälsa. Uppdragsbeskrivningar. 25 september 2003.

- Ricœur, P. & Thompson, J. B. (1981), *Hermeneutics and the Human Sciences: Essays on Language, Action and Interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Riksförsäkringsverket & Socialstyrelsen (2001) *SOCSAM - försök med politisk och finansiell samordning: en slutrapport*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rosander, M. (2003) *Groupthink: An Inquiry into the Vicissitudes of Regressive Group Processes*. Linköping: Linköpings universitet.
- Rämgård, M. (2010), *Närsjukvård. Samverkan mellan olika professioner i hemsjukvården*. Lund: FoU Skåne.
- Sagvaag, H. (2007), *Alkoholbruk i tilknytning til arbeid: ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg perspektiv*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV).
- Sahlin-Andersson, K. (1986), *Beslutsprocessens komplexitet: att genomföra och hindra stora projekt*, Lund: Doxa.
- Sahlin-Andersson, K. (1989), *Oklarhetens strategi : organisering av projektsamarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Sarv, L. (2003), *Det lilla sjukhusets framtida roll. Ett utvecklingsprojekt vid Hässleholms sjukhus*. Stockholm: Trygghetsfonden.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). Evidensbaserad vård. Vad innebär evidensbaserad vård? <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/Vad-innebar-evidensbaserad-vard/>
- Scholten, C. (2008). *Närsjukvård är samverkan eller "att lägga örat mot marken"*. Lund: Kommunförbundet Skåne.
- Scott, W. R. (2003), *Organizations : Rational, Natural, and Open Systems* (5. ed). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Scott, W. R. & Davis, G. F. (2007), *Organizations and Organizing: Rational, Natural, and Open System Perspectives*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Seemann, J. (1996), *Når organisationer skal samarbejde: distriktspsykiatri på tvaers af professioner, sektorer og politiske niveaur*. København: Munksgaard.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. New York: Harper & Row.
- SFS 1982:763, *Ny hälso- och sjukvårdslag för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- SFS 1991:900, *Kommunallagen*.
- SFS 1993:387, *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*.
- SFS 2001:453, *Socialtjänstlagen (SoL)*.
- SFS 2003:403, *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*.
- SFS 2003:1210, *Om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*.
- Sherif, M. (1966), *Group Conflict and Co-operation: Their Social Psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W. R. & Sheif, C. W. (1961), *Intergroup Conflict and Cooperation: The Robbers Cave Experiment*. Norman: University of Oklahoma Press.

- Sherif, M. & Sherif, C. W. (1979). Research on intergroup relations. In: Austin W.G. & Worchel, S. eds., *The Social Psychology of Intergroup Relations*, Monterey, Cal: Brooks/Cole, 7-18.
- Smith, M. K. (1996; 2001, 2007). Action research, In: *The Encyclopedia of Informal Education*. www.infed.org/research/b-actres.htm.
- Socialstyrelsen. (2003), *Kartläggning av närsjukvården - en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005), *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2009), *Hälso- och sjukvårdsrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1990/91:9, *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.* Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1992:73, *Välfärd och valfrihet : service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1995:142, *Att röja hinder för samverkan, egenmakt, arbetslinjen*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1996:85, *Egon Jönsson: en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1996:137, *Kommunalförbund och gemensam nämnd: två former för kommunal samverkan*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1996:175, *Styrning och samverkan*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*. Stockholm: Fritzes.
- Springett, J., Blomqvist, K., Nilsson, M. & Höglund, B. (2005), *Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.
- Springett, J., Lindskov, C., Petersson, P., Olsson, I. & Johansson, Y. (2006), *Reflections on doing qualitative research in a participatory action research context: epistemology in practice*. Paper presented at the. Fourth Nordic Interdisciplinary Conference on Qualitative Studies in Health and Well-being, Växjö: Växjö University.
- St.meld. nr.47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr.46 (2004-2005), *Ny arbeids og velferdsforvaltning*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Stenberg, R. (2000), *Organisationslogik i samverkan: konsten att organisera samverkan i en imaginär organisation av offentliga aktörer*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Stringer, E. T. & Genat, W. J. (2004), *Action Research in Health*. Upper Saddle River, N.J.: Merrill Prentice Hall.
- Strömberg, H. (2004), *Sjukvårdens industrialisering: mellan curing och caring - sjuksköterskearbetets omvandling*. Umeå: Umeå universitet.
- Sullivan, H. & Skelcher, C. (2002), *Working Across Boundaries: Collaboration in Public Services*. Basingstoke: Palgrave.
- Svensson, L. & Otter, C. v. (2001), *Projektarbete: teori och praktik* (2. ed). Stockholm: Santérus.

- Sveriges kommuner och landsting (2010), En arbetsgivar- och intresseorganisation för landets alla kommuner, landsting och regioner. <http://www.skl.se/>
- Sveriges kommuner och landsting (2012), Hemsjukvård. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/a-o_alldrefragor/hemsjukvard
- Swartling, P. G. (2006), Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*, 103 (24), 1950-1953.
- Tones, K. & Green, J. (2004), *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: SAGE.
- Trankell, A. (1973). *Kvarteret Flisan. Om en kris och dess övervinnande i ett svenskt förortssamhälle*. Stockholm: Norstedts.
- Tuckman, B. W. (1965), Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63(6), 384-399.
- Vaarama, M. & Pieper, R. (2006). *Managing Integrated Care for Older Persons : European Perspectives and Good Practices*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Van Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus, A. (2003), *Integrated Care in Europe. Description and Comparison of Integrated Care Delivery and its Context in Six EU Countries*. Maarssen: Elsevier.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2003), Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1), 5-31.
- Weick, K. E. (1976), Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative science quarterly*, 21, 1-19.
- WHO (1986), *Ottawa Charter on Health Promotion*. Paper presented in the International Conference on Health Promotion in Ottawa, Ontario, Canada.
- WHO (1997), *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era, Jakarta, July 1997
- Whyte, W. F. (1991a), *Participatory Action Research*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Whyte, W. F. (1991b), *Social Theory for Action: How Individuals and Organizations Learn to Change*. London: Sage.
- Whyte, W. F. (1993), *Street Corner Society: The Social Structure of an Italian Slum*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wilhelmson, L. & Döös, M. (2005), *Dialogkompetens för utveckling i arbetslivet* (2. ed). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Wihlman, U. (2009), *Development of Interorganisational Integration: A Vocational Rehabilitation Project*. Göteborg: Nordic School of Public Health (NHV).
- Ylimäki, R. M. & Brunner, C. C. (2011), Power and collaboration - consensus/conflict in curriculum leadership: status quo or change? *American Educational Research Journal*, 48(6), 1258-1285.
- Ziglio, E., Hagard, S. & Griffiths, J. (2000), Health promotion development in Europe: achievements and challenges. *Health Promotion International*, 15(2), 143-154.

- Åhgren, B. (2006), Närvård och specialistvårdens omfattning på Gotland. Visby: Gotlands kommun.
- Åhgren, B. (2007), *Creating Integrated Health Care*. Göteborg: Nordic School of Public Health (NHV).
- Åhgren, B. (2010a), Competition and integration in Swedish health care. *Health policy*, 96(2), 91-97.
- Åhgren, B. (2010b), Mutualism and antagonism within organisations of integrated health care. *Journal of Health Organization and Management*, 24(4), 396-411.
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2007), Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 145-157.
- Åhgren, B. & Axelsson, R. (2011), A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*, 11. www.ijic.org
- Ödman, P.-J. (2001), *Tolkning, förståelse, vetande: hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts.

Bilaga 1: En bibliometrisk studie

En bibliometrisk studie av tidigare forskning om samverkan och samverkansprocesser gjordes i databasen SAGE under våren 2009 och uppdaterades 2011. Denna databas, som startade 1965, hade inledningsvis fokus på social forskning. Sedan dess har den emellertid vidgats och inkluderar i dag bland annat studier om hälsa, kommunikation, miljö och organisation. De artiklar som finns registrerade i databasen SAGE är från år 1879 och framåt.

Sökningen i databasen gjordes för att få en uppfattning om trender inom forskning om samverkan. Genomgående användes vid sökningarna begreppet ”collaboration” som översättning av begreppet samverkan. Dessa två begrepp motsvarar varandra närmast. Liksom i svenska språket finns det också på engelska flera snarlika begrepp, som ”co-operation” och ”co-ordination”, men ”collaboration” är det begrepp som används mest i litteraturen om samverkan (se t.ex. Huxham & Vangen, 2005; Sullivan & Skelcher, 2002).

2009 fanns totalt 40 173 artiklar i databasen, där begreppet samverkan förekom i texten. Sökningar gjordes därefter för att undersöka om det fanns någon forskning om samverkan i kombination med begreppen process och konflikt. Eftersom alla dessa tre begrepp kan förekomma i en text utan att det finns ett särskilt fokus på dem i artikeln gjordes sökningar också efter antalet artiklar som hade dessa begrepp i abstraktet. Det visade sig att mellan 1879-2009 publicerades 2 104 artiklar med begreppet samverkan i abstraktet. 478 av dessa hade begreppet process i abstraktet och 30 hade också begreppet konflikt i abstraktet.

För att få en uppfattning om utvecklingen på området gjordes också sökningar för olika tidsperioder. Det visade sig att mellan 1989-2009 publicerades 1 963 artiklar med samverkan i abstraktet och av dessa hade 29 artiklar både process och konflikt i abstraktet. Mellan 1999-2009 publicerades 1 542 artiklar om samverkan och av dessa hade 21 både process och konflikt i abstraktet. Mellan 2005 och 2009 publicerades 804 artiklar om samverkan och 14 av dessa handlade dessutom om både process och konflikt.

Vid de förnyade sökningarna 2011 visade det sig att det fanns totalt 50 906 artiklar med begreppet samverkan i texten. Det innebär att det hade publicerats ytterligare 10 733 artiklar om samverkan sedan sökningen 2009. Mellan 1879-2011 publicerades 2 799 artiklar med

samverkan i abstraktet. Det innebär 695 fler artiklar under denna kategori sedan sökningen 2009. Under samma period publicerades 625 artiklar med både samverkan och process i abstraktet. Det innebär en ökning med 147 artiklar sedan sökningen 2009. Under samma period publicerades också totalt 39 artiklar som även innehöll konflikt, vilket innebär nio stycken fler sedan sökningen 2009. Resultaten av alla dessa sökningar sammanfattas i följande tabell.

Tabell B1.1: Antal artiklar med sökorden samverkan, samverkan och process (*), samt samverkan, process och konflikt (**) i abstraktet som publicerats under ett visst antal år.

Mellan åren	Antal artiklar
1879 – 2009	2104 (478*) (30**)
1989 – 2009	1963 (453*) (29**)
1999 – 2009	1542 (371*) (21**)
2005 – 2009	804 (195*) (14**)
1879 – 2011	2799 (625*) (39**)
2009 – 2011	695 (147*) (9**)

För att få en uppfattning om hur många artiklar som förekommer om samverkan i samband med andra begrepp som organisation och hälsa genomfördes under 2009 sökningar där olika begrepp kombinerades. Sökningen gjordes för hela perioden, from 1879 till 2009.

Det visade sig att 82 artiklar innehöll de tre begreppen samverkan, organisation och hälsa i abstraktet. Det fanns också 95 artiklar som hade begreppen samverkan, process och hälsa i abstraktet. Det förekom det totalt 478 artiklar fram till 2009 med samverkan och process i abstraktet. De kompletterande sökningarna visade att 227 av dessa artiklar hade även begreppet konflikt i texten. Däremot fanns det bara fem artiklar med begreppen samverkan, process, konflikt och hälsa i abstraktet. Det visade sig också att det fanns endast fyra artiklar med begreppen samverkan, process, aktionsforskning och hälsa i abstraktet.

Genom att söka på nyckelord kunde sökningen begränsas ytterligare. Det fanns elva artiklar som hade begreppen samverkan och process som nyckelord. För att få en uppfattning om hur många artiklar om samverkansprocesser det kan finnas där fokus också är på konflikter

gjordes en sökning med nyckelorden samverkan, process och konflikt. Sökningen resulterade i en enda träff. En sökning med nyckelorden samverkan, organisation och hälsa gav inga träffar alls. Resultaten av dessa sökningar sammanfattas i den följande tabellen.

Tabell B1.2: Antal artiklar med olika kombinationer av sökorden samverkan, process, organisation, konflikt, aktionsforskning och hälsa i texten, abstraktet eller nyckelorden.

Artikeltext	Abstrakt	Nyckelord	Antal
	Samverkan Organisation Hälsa		82
	Samverkan Konflikt		90
Konflikt	Samverkan Process		227
	Samverkan Process Hälsa		95
	Samverkan Process Konflikt Hälsa		5
	Samverkan Process Konflikt Hälsa Aktionsforskning		4
		Samverkan Process	11
		Samverkan Process Konflikt	1
		Samverkan Organisation Hälsa	0

Alla dessa sökningar visar att av de totalt 2 799 artiklarna (1879-2011) med begreppet samverkan i abstraktet har 1 499 publicerats mellan 2004 och 2011. Före 1989 fanns bara 141 artiklar med samverkan i abstraktet. Detta visar att antalet artiklar om samverkan har eskalerat under de senaste 20 åren. Samtidigt är det dock viktigt att komma ihåg att forskning har blivit ett mer förekommande fenomen under senare tid.

Av de 2 104 artiklarna som innehöll begreppet samverkan (1979-2009) hade 478 stycken även med begreppet process i abstraktet. Därmed kan inte sägas att alla dessa artiklar handlar om samverkansprocesser, eftersom begreppet process kan användas i flera andra sammanhang. 90 artiklar hade en kombination av begreppen samverkan och konflikt i abstraktet. Av de 478 artiklarna med begreppen samverkan och process i abstraktet hade 227 av dem även tagit upp begreppet konflikt någonstans i texten.

Vid den senaste sökningen 2011 visade det sig att det fanns totalt 39 artiklar som hade begreppen samverkan, process och konflikt i abstraktet. 23 av dessa artiklar hade publicerats under de senaste sju åren, det vill säga mellan 2005 och 2011. Två av dessa artiklar (Coffin, 2005; Ylimaki & Brunner, 2011) hade inslag av att betrakta konflikter som naturliga vid samverkan. Ylimake och Brunner (2011) visar att samverkan kan betraktas utifrån flera olika teoretiska perspektiv. Coffin (2005) beskriver samverkan som oemotståndligt och nyckfullt. Han hävdar att vid samverkan uppstår konflikter som innebär nyckfullhet men att genom samverkan och konflikter utvecklar vi nya kunskaper. Han har även utvecklat en modell som skulle kunna användas som stöd vid utveckling av samverkansprocesser. Modellen innebär att de samverkande aktörerna interagerar i tre steg för bättre samverkan: diagnos, beskrivning och ömsesidig sammanjämkning (Coffin, 2005).

Fenomenet samverkan är tvärvetenskapligt och det förekommer en omfattande forskning om detta fenomen. Det är däremot ovanligt med forskning om samverkansprocesser utifrån ett konfliktteoretiskt perspektiv. Det verkar finnas en kunskapslucka på detta område och därför också ett behov av forskning med den inriktning som har valts i denna avhandling.

Bilaga 2: Kartläggning av CUU-projektet med hjälp av en logisk modell (Olsson, 2005).

Situation	• Ett behov av att utveckla vården mer mot patientens behov, att patienter och deras anhöriga blir mer delaktiga i vården. • Ett behov av att utöka samarbetet mellan olika vårdorganisationer.
Kontext	• CUU-projektet är egentligen en del i ett större program som utgår ifrån hela Region Skåne. • Det är flera organisationer som är involverade. • Projektet utgår ifrån en medicinsk avdelning inom ett litet sjukhus. • Det har varit ett flertal förändringar inom avdelningen sedan projektet startade. • Det har varit en snabb start från idé till projekt.
Resurser	• Avdelningen med dess personal • Nära styrgrupp • Nära projektgrupp • Närsjukvård styrgrupp • Personalen har fått dokumentationsutbildning • Utbildningsdagar för personal • Högskolan Kristianstad
Aktiviteter	• Personal från olika organisationer har dialogmöten, enligt en s.k. sexpunktsmodell. • Personal från olika organisationer byter arbetsplats för en dag eller några dagar. • Utveckla informationen till patienter. • Personalen gör vårdplaner tillsammans med patienten. • Utbildningsdagar för all personal.
Kortsiktiga mål 1-3 år	• Patienten ska ha kunskap om sin sjukdom. • Patient ska ha kunskap om tidiga tecken på försämring och hur dessa kan åtgärdas. • Patienten ska veta vart han/hon ska vända sig vid sjukdom och vem som är kontaktperson. • Införa och utveckla närsjukvårdsgemensamma rutiner för handläggningen. • Ett utvecklat samarbete mellan kommunal hälsosjukvård, primärvård och specialiserad sjukhusvård, samt ett flöde av kompetens mellan de olika organisationerna.

Förteckning över NHV-rapporter

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Mårten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsataki & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkururgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Gudrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utgår både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Innkost-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour
Stian Biong. DrPH-avhandling
- 2009**
- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling
- 2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling
- 2009:3 Hälso- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser
Sirkka Elo. DrPH-avhandling
- 2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling
- 2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys
Stefan Thorpenberg
- 2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling
- 2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling

2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling

2010

2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av
ambulanssjukvård i olika geografiska områden
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling

2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i
Norra Dalsland

2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor,
Västra Götalandsregionen

2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i
Vänersborg och Mellerud

2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna

2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen

2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries,
visibility and voice
Anne Clancy. DrPH-avhandling

2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A
Qualitative Study
Margereth Björklund. DrPH-avhandling

2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen,
Angereds närsjukhus

2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering
inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren

2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i
psykiatrirelevante registre i Danmark, Sverige og Finland
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman,
Kristian Wahlbeck

Förteckning över NHV-rapporter

- 2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer.
Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

2011

- 2011:1 R Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden
En kunnskapsoversikt
Anne Reneflot og Miriam Evensen
- 2011:2 Psychotropic drugs among the elderly – Population-based studies on indicators of inappropriate utilisation in relation to socioeconomic determinants and mental disorders
Eva Lesén. DrPH-avhandling
- 2011:3 Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst
Sven-Tore Dreyer Fredriksen. DrPH-avhandling
- 2011:4 R Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden
Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen, David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck
- 2011:5 R Kartläggning av studier om nordiska ungdomars psykiska hälsa
Hanna Augustsson och Curt Hagquist
- 2011:6 Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation
Andrea Eriksson. DrPH-avhandling

2012

- 2012:1 Nordic and Infertile. – A study of options and decisions.
Helga Sól Ólafsdóttir. DrPH- avhandling
- 2012:2 Lay Health Worker Programmes as a Public Health Approach in South Africa
Karen Daniels. DrPH- avhandling
- 2012:3 Fra avmakt til makt i eget liv. Anmeldelse av seksuelle overgrep og helse.
Hildur Veia. DrPH – avhandling
- 2012:4 Barn med astma og deres foreldre - læring, deltakelse og samarbeid.
Anne Trollvik. DrPH-avhandling
- 2012:5 The Importance of Social Capital in Later Life. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention among Older Adults
Anna K Forsman. DrPH-avhandling
- 2012:6 Dementia and Public Health – with focus on access to society
Aud Johannessen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2012:7 Antenatal and delivery care utilization in urban and rural contexts in Vietnam - a study in two health and demographic surveillance sites
Tran Khanh Toan. DrPH-avhandling
- 2012:8 At holde balance Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker
Marianne Mahler. DrPH-avhandling
- 2012:9 R Funktionshinder ur ett folkhälsoperspektiv
Anders Möller (red.)
- 2012:10 I all fortrolighet – En undersøkelse av meldinger om psykisk helse på internett i Norge og Sverige
Anders Johan W. Andersen. DrPH-avhandling
- 2012:11 Utveckling av samverkan - Ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvård
Ingela Furenbäck. DrPH-avhandling
- 2013:1 Fathers Involved in Children with Type 1 Diabetes: Finding the Balance between Disease Control and Health Promotion
Åse Boman. DrPH-avhandling