

Professioners roll i styrning av offentlig verksamhet

Lös koppling som strategi för att hantera komplexitet

Roy Liff och Thomas Andersson

Introduktion

I Sverige och övriga västvärlden har en rad försök gjorts under de senaste två-tre decennierna för att reformera den alltmer komplexa och resurskrävande offentliga sektorn. De traditionella lösningarna som bygger på att offentlig verksamhet ska koordineras och hållas tätt sammankopplad har fått allt svårare att klara kraven på resurseffektivitet och legitimitet, dvs. att ha förmåga att klara medborgarnas krav (Dogan 1988). Reformerna har bland annat handlat om att utsätta offentliga organisationer för konkurrens och styra resultatenheter genom kontrakt eller beställar-/utförarstrukturer, allt enligt förebilder från företag och marknader (Brunsson 1998, Hood 1991 och 1995). Iforskarvärlden har reformerna gått under samlingsnamnet New Public Management, NPM (Almqvist 2004).

De nya modellerna innebär ofta att koordinering frångås som strategi för att hantera komplexitet och att i stället enheter inom offentlig verksamhet frikopplas från varandra, t.ex. utförande från styrande. Både marknadsmodeller och modeller där brukare ges stort inflytande över produktionen har skapat nya dysfunktioner och ett förvärrat styrbarhetsproblem för den politiska styrningen (Peters 2001, Pollitt & Bouckaert 2000, Osbourne & Gaebler 1992). Kritiken mot de nya modellerna kan dock knappast syfta till att återinföra de styrmodeller som var förhärskande före reformerna. Det krävs enligt vår mening en styrning som både medger att organisationer kan samverka och följa politiska intentioner, dvs. vara svarsbenägna på andra organisatoriska enheter, men ändå ha den särprägel som kunder och brukare förväntar sig av offentlig verksamhet. I vår studie av en professionell organisation inom barn- och ungdomspsykiatri (Bup) belyser vi hur den samverkar med andra organisationer för att kunna utföra sitt uppdrag.

Lös koppling som lösning

Lös koppling är ett av de tillstånd som Orton och Weick (1990) beskriver i sin modell om hur samordning och kontroll kan organiseras efter grad av svarsbenägenhet och särprägel. Med begreppet svarsbenägenhet avses att två organisationer eller två delar i samma organisation reagerar på varandra på ett stabilt och förutsägbart sätt. Koordinering som styrform syftar till detta. Med särprägel avses att en organisation/organisationsdel oberoende av andra organisationer/organisationsdelar är fri och kapabel att utveckla egenskaper som skiljer den från dessa. Den traditionella styrningen av det offentliga systemet innebar försök att organisera för att klara höga krav på koordinering och enhetlighet, vilket kan ses som uttryck för tät koppling. Med de nya reformerna infördes en hög grad av särprägel, men till priset av låg grad av svarsbenägenhet, dvs. systemet av offentliga organisationer går mot isärkoppling (Lindberg 2002, Sahlin-Andersson 1996). Om organisationer varken är svarsbenägna eller har särprägel ingår de inte i ett system. Lös koppling skulle kunna ses som ett idealtillstånd genom att organisationerna både har svarsbenägenhet och särprägel.

Rothstein (2006) har ett förslag vars logik är att styrningen ska bygga på både att medborgarna styr genom att ges större valmöjligheter och att politikerna styr genom att påverka normerna hos de professioner som utför det operativa arbetet. Rothsteins utgångspunkt är att det inte är möjligt för politikerna att styra den operativa personalen (frontlinjepersonal) som direkt producerar tjänster och service åt medborgarna med centralt utformade instruktioner. Detta på grund av att politikerna varken känner till den faktiska situationen eller har den nödvändiga kunskapen om vilka operativa åtgärder som kan vara aktuella. Rothstein ser dock inte ett oprecist mandat som ett problem i sig. Styrning av en dynamisk process kräver i själva verket oprecisa mandat för flexibilitet i utförandet, för att det ska vara möjligt ”att fältpersonalen kan anpassa de *operativa* åtgärderna efter den konkreta situationen” (Rothstein 2006:102). Det blir då i stället

nödvändigt för staten att med utgångspunkt från ramlagar utveckla andra styrformer som förhindrar att den demokratiska styrningen av en offentlig verksamhet går förlorad. Om det inte görs blir det frontlinjepersonal som kommer att utforma medborgarnas välfärd och därmed skapas det "svarta hålet" i den demokratiska styrningen. Rothstein anser att en huvudväg för att överbygga det "svarta hålet" är att arbeta med de professionella kårernas etik, så att dessa kan göras offentligt ansvariga. Det är mot denna bakgrund statens acceptering av relativt autonoma institutioner och professioner kan ses. Staten styr då genom att prägla en professions normer för hur god verksamhet ska bedrivas och genom att stipulera utbildnings- och kompetenskrav. Staten måste styra professionerna så tydligt att allmänheten känner förtroende för professionen, och professionen måste leva upp till de krav på kompetens och etik som befolkningen ställer. Rothstein menar, med hänvisning till stora postenkäter utförda av SOM-institutet vid Göteborgs universitet, att modellen med professionsstyrning har goda förutsättningar för framgång just inom svensk sjukvård som har en stabil legitimitet bland befolkningen. En viktig förklaring till detta är, menar Rothstein, att ett ansvar för den professionella utövningen kan utkrävas i en offentlig prövning. Det är möjligt för medborgaren att få en prövning i en ansvarsnämnd, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), av om den medicinska insatsen genomförts på ett sätt som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Således kan brister i tillvägagångssättet med att reformera och styra offentliga organisationer få svåra konsekvenser för den offentliga sektorns legitimitet och förvärra styrbarhetsproblematiken ytterligare. Mot bakgrund av flera misslyckade strategier till reformering och sett till ambitionsnivån och förutsättningarna för reformer inom den offentliga sektorn, behöver sannolikt innehållet i reformerna omdefinieras. Om det ska finnas någon möjlighet att peka på lyckade reformer så förefaller förslaget att förbättra förmågan till professionsstyrning hoppfullt. Det innebär att professioner kan fylla det demokratiska svarta hålet som den sista länken mot medborgarna i en serviceproduktion som förutsätter kvalificerade bedömningar från yrkesutövarnas sida. Av resonemanget följer att den offentliga verksamhetens effektivitet och legitimitet skulle kunna ökas genom en kombination av demokratisk styrning och flexibilitet i de operativa åtgärderna som bygger på de professionella aktörernas och organisationernas

ansvar. Det förutsätter att medborgarna litar på att de professionella aktörerna förverkligar de intentioner som politikerna förmedlar och att de inte ifrågasätts för att söka tillgodose sina egenintressen.

Rothsteins förslag kan ses som ett uttryck för att med Orton och Weicks (1990) terminologi använda lös koppling som ny organisationsform mellan politiker och de organisationer där frontlinjepersonalen verkar. Alternativt mellan organisationer inom samma organisatoriska fält, då en överordnad tät koppling inte är en förutsättning i denna modell. Organisationsfält består av organisationer som producerar liknande produkter eller service och kan ses som likvärdigt med en bransch. Därmed skulle hela den offentliga sektorn kunna ses som ett organisatoriskt fält, men vi kan också välja att se delar av den som organisatoriska fält, motsvarande subbransch (DiMaggio & Powell 1991). Härmed skulle styrning genom värderingspåverkan på professioner kunna utgöra ett utvecklingssteg efter NPM.

Sammanfattningsvis innebär Rothsteins (2006) förslag en lösning som skulle kunna vara uttryck för lös koppling. Hans tanke innebär att styrningen ska bygga både på särprägel via större valmöjligheter för offentliga organisationer och brukare, och på svarsbenägenhet genom ökad samordning av utbudets kvalitet via påverkan av de professionella kårernas etik. Det är ett förslag som har inslag från de senaste reformerna, men med en bibehållen ambition att demokratiskt kunna styra viss produktion mot att klara de mångskiftande krav som ställs på offentlig verksamhet.

Studiens syfte

Rothsteins förslag kring professionella organisationers roll för att lösa den offentliga sektorns styrbarhetsproblematik är skapat utifrån ett makroperspektiv, men dess effekter på mikronivå är relativt lite studerade. Vi har under år 2007 och 2008 studerat hur Barn- och ungdomspsykiatri (Bup) samverkar med andra professionella organisationer. Bup är en multiprofessionell verksamhet inom sjukvården med psykiater, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor som agerar i samverkan med andra offentliga, professionella organisationer, såsom skolan, socialtjänsten och landstingets habiliteringsverksamhet. Studien syftar till att belysa om professionerna inom Bup bidrar till att strukturera utbudet från Bup och nämnda samverkande organisationer mot för patienten mer behovsorienterade behandlingsinsatser, vilket är ett av de överordnade målen för all sjukvård.

Det innebär att vi studerar hur de professionella utövarna inom Bup bidrar till samordning med andra professionella utövare inom andra professionella organisationer. På det sättet prövas en aspekt av vilken relevans professionella utövare och professionella organisationer kan ha för att lösa den offentliga sektorns styrbarhetsproblem i meningen att dess organisationer har både särprägel och svarsbenägenhet.

Syftet med studien är att beskriva hur professionella kårer som finns inom en organisation (Bup) samverkar med professionella kårer i andra organisationer (skolan, socialtjänsten, habilitering) för att åstadkomma ett utbud av behandlingsinsatser som matchar patientens behov. Därmed avser vi att bidra med kunskap om vilken relevans professionella organisationer kan ha för att lösa den offentliga sektorns styrbarhetsproblem.

Studiens frågeställningar kan ses som ett sätt att pröva hållbarheten i några av de antaganden som Rothsteins förslag omfattar:

- Det professionella ansvarsutkrävandet får i huvudsak positiva effekter på patientbehandlingen och ringa s.k. sidoeffekter till följd av att en personlig risk induceras på den professionella utövaren.
- Den professionella utövaren har en förmåga att sätta patientens intressen före professionens egenintressen, den egna organisationens intressen och de egna, personliga intressena.
- De professionella utövarna kan komma till en kongruent slutsats om vilken behandling som är bäst för patienten. Alternativt uttryckt att det är tillräckligt att det svarta hålet fylls för en professionell organisation i taget genom värderingspåverkan på de professionella utövarna för att ett organisatoriskt fält ska bli strukturerat.

Barn och ungdomspsykiatri (Bup)

Studien omfattar tre öppenvårdsenheter inom barn- och ungdomspsykiatri (Bup). De tre enheterna är belägna i tre medelstora städer och de arbetar med ett likartat uppdrag under likvärdiga förutsättningar när det gäller bemanning, upptagningsområden m.m., vilket gör jämförelser mer fruktbara. Enheterna betraktas som välfungerande av närmaste chefsnivå,

vilket var ett urvalskriterium för oss. Vi sökte välfungerande enheter då konflikter och inre organisatoriska förändringar kan påverka förutsättningarna för externt samarbete.

Bup har den multiprofessionella karaktären gemensam med andra enheter inom sjukvården, men en viktig skillnad är att läkare normalt sett är chefer för sjukvårdsenheter. Inom Bup är läkarna medicinskt ansvariga medan praxis är att en psykolog eller socionom är enhetschef. Det är sannolikt så främst till följd av att Bup-enheter har en tradition av att vara familjerådgivningsenheter, men också till följd av brist på läkare med specialisering inom psykiatri. Enhetschefen har det ekonomiska ansvaret och ett övergripande ansvar för enhetens resursförbrukning och måluppfyllelse. De två ansvarsområdena går ofta in i varandra då det är få frågor som enbart avser det medicinska ansvaret eller ansvaret för resurser.

Patienternas första kontakt med Bup består i ett s.k. bedömningsamtal. Det leder till att patienten antingen hänvisas till annan behandlande enhet eller sätts på väntelista för behandling på Bup. Beslutet att skriva in en sökande som patient baseras på om den sökande tillhör det geografiska upptagningsområdet, åldern (0–18 år) och diagnosen (ett behandlingsbart psykiatriskt problem). De två första kriterierna är konkreta. Det tredje kriteriet diagnos ger ett intryck av att vara konkret, men är egentligen en medicinsk bedömning som är en social konstruktion med ett stort inslag av osäkerhet (Bowker & Star 1999).

Diagnoser har därigenom inte bara medicinska utan också administrativa och organisatoriska konsekvenser (se Andersson & Liff 2007a för en utförligare diskussion). Överläkaren blir ansvarig både för patienter på väntelistan och för patienter under behandling, så om ett barn som står på väntelistan t.ex. begår självmord är läkaren medicinskt ansvarig även om läkaren inte har träffat patienten. Alla patienter på väntelistan och som är under behandling utgör därmed en personligt knuten risk för läkaren (Andersson & Liff 2007b). Dessutom varierar behandlingens längd mycket och det är närmast omöjligt att bedöma resursbehovet för en behandling i förväg. Bup-enheterna har återkommande krav på resursbesparingar som enhetschefen är ansvarig för att genomföra, vilket innebär att varje patient blir en resursrisk och överfört på enhetschefen en personligt knuten risk för vederbörande.

Datamaterialet som utgör underlag för studien har inhämtats via intervjuer, observationer och skuggningar.

Skuggning är en speciell form av observation, där forskaren följer en person som utför sina dagliga arbetsuppgifter under en tid (Czarniawska 2007). Totalt har 62 intervjuer genomförts med chefer och medarbetare internt på Bup samt representanter för samarbetsparterna skolan, socialtjänst och habiliteringen. Dessutom har 15 halvdagsobservationer genomförts i samband med behandlingskonferenser och arbetsplatsträffar. Slutligen har tre skuggningstillfällen genomförts, där en medarbetare vid Bup har följts under en hel arbetsdag.

Bup-enheternas strategier för samverkan

Vi uppfattar det som att Bup präglas av en vilja att begränsa uppdragsvolymen av resursskäl och avgränsa uppdragen för att nå framgång och undvika misslyckanden. För att uppnå båda dessa mål tolkar vi det som att Bup använder tre samverkande strategier:

- Positionering för autonomi och dominans, dvs. att nå en position av att inte bli styrd men kunna styra.
- Renodling av arbetssätt och terapiformer.
- Koncentration på psykiatriska patienter.

Positionering för autonomi och dominans

Bup-enheternas position verkar kännetecknas av hög grad av autonomi och avgränsning mot omgivande enheter med allt mindre överlapp i arbetsformer med dessa. De professionella grupperna förefaller i liten grad uppleva sig styrda uppifrån. Bup styrs av krav på tillgänglighet och på volym av insatser, men behandlarna ser sina bedömningskriterier som det primära och effekter av tillämpandet på de variabler som styr är sekundärt. Enhetschefen försöker tillgodose kraven på enheten som kommer uppifrån, men måste ta stor hänsyn till behandlarnas bedömningar i enskilda patientfall. Vidare söker Bup ge sig tolkningsföreträde i sina val av inriktning och arbetsformer gentemot sidoliggande enheter.

Bup vill självständigt avgöra när de ska ta på sig ett fall. De avgör vad som ska göras och de vill tala om för sina samarbetspartners vad de ska göra. De kan t.ex. av skolan uppfattas som lite maktutövande när de inte

alltid lämnar tillbaka utredningsresultat och den kunskap de skaffat om barnet till skolan. De frågar inte heller alltid efter den kunskap som skolsköterskan och skolkuratoren redan har. Bup kan uppfattas bygga upp sitt eget ärende från grunden ovanför huvudet på skolan. Bup ställer också stora krav på underlag, innan de kan åta sig att inleda en behandlingsinsats. Omgivningen förväntas således anpassa sig till Bup och framstår i sina samarbetspartners ögon som osmidiga och "överlägsna" i sin attityd då de ska samarbeta. Följande kommentarer lämnades sålunda av tjänstemän inom en centralt placerad så kallad Stödenhet inom skolförvaltningen i en kommun:

Stödenhetschef: Läkare inom Bup har tagit sig friheten att göra egna tolkningar.

Psykolog Stödenheten: Det är från dem vi har fått remisser, men här finns inga ungdomsvårdspsykologer.

Stödenhetschef: Bup förväntar sig därför att Stödenheten ska utreda alla psykologiska problem, även de utanför skolan. Men vi har inget sådant uppdrag. Primärvården har inte gripit in. Vi har inget sådant uppdrag.

Intervjuare: Det finns en lucka?

Stödenhetschef: Ja, de försöker skjuta in allt direkt till Stödenheten.

Bup tolkas av samarbetspartners som att "de vet bäst", att de vill styra och bestämma över andras insatser och att de agerar enbart utifrån den bild de ser själva. Bup uppfattas av de samverkande ha en attityd att vilja styra "uppifrån", från ett expertperspektiv med de andra organisationerna som utförande organisationer. Vi förstår detta agerande som att Bup förbättrar sina förutsättningar att lyckas med de fall de åtar sig och de minskar risken att med egna resurser behöva kompensera för andra enheters ofullständiga insatser.

Bup har en speciell förutsättning att hantera i samverkan med omgivningen då behandlingsinstanserna uppfattas ligga sekventiellt. Det är patienterna som ska flyttas till allt mer kvalificerade specialistinstanser. Det leder till att Bup uppfattas vara "sista instans". Då individer med problem överförs från en instans till en annan kan en orealistisk stor, ödesmättad förväntan uppstå på att Bup måste klara av att hjälpa de som kommit så långt nedströms. När man inte kan göra mer åt miljön är det individen själv som ska utredas och behandlas. Bup tar då på sig sin roll i systemet

genom att tala om de som söker som patienter och försöker få en karaktär av en sjukvårdande specialistenhet till vilken de sökande ska komma genom remisser från primärvården och inte direkt själva.

Bup kan bygga sin status på att enheten förknippas med legitimerade professioner (läkare, psykologer, sjuksköterskor) och därmed medicinsk vetenskap. Bup-enheter utlåtanden uppfattas också väga tyngre än t.ex. socialförvaltningens i domstolsförhandlingar. Genom övriga strategier som syftar till en renodling av rollen att behandla särskilda diagnoser och dessutom mot en renodling av terapiformer, tolkar vi det som att Bup får bättre förutsättningar att lyckas och en förstärkt exklusiv karaktär.

Renodling av arbetsätt och terapiformer

Bup satsar i begränsad utsträckning på att utveckla generella samarbetsformer i kontakter med t.ex. skolpsykologer, socialsekreterare och psykologer på habiliteringsenheten. Kuratorerna vid Bup tar, enligt egen utsago, inte heller på sig ett proaktivt nätverksbyggande i samma utsträckning som tidigare, t.ex. genom att hålla sig fortlöpande uppdaterade om läget på skolorna om potentiella fall som behöver diskuteras innan de blir Bup-fall. När kontakt tas gäller det i de flesta fall ett aktuellt ärende, ett ärende som kan vara komplext och förutsätta ett förtroendefullt samarbete mellan skolpsykolog, pedagoger och Bup. Bup har valt att vara patientfallsorienterade, så som man är inom sjukvården, och i mindre grad inriktade på att påverka och hjälpa aktörer i nätverket med deras insatser i tidiga skeden. Det som görs i extern samverkan är knutet till enskilda Bup-medarbetares drivkraft att vilja ta hand om fall som riskerar ramla mellan stolarna. Det finns exempel på lösningar som verkar integrerande över enheter som ingår i en fast struktur, men dessa förefaller bara komma till stånd då det funnits eller finns en eldsjäl som ser ett behov och går utanför sitt egentliga uppdrag. Så snart denna person försvinner från organisationen faller integrationslösningar snart samman.

Bup har ett psykiatriskt perspektiv och renodlar sitt arbete alltmer mot vissa diagnoser. Genom att sätta diagnoser kommer Bup av omvärlden att identifieras som en sjukvårdsenhet. Samtidigt finns en samtals- och rådgivningskultur och Bup förlitar sig alltmer på samtal som huvudsaklig metod, för vissa patienter i kombination med medicinering. Därigenom

blir Bup patientfallsorienterade. Hem- och annan miljöterapi utgår mer från en behovsbild som till stor del emanerar från miljöpåverkan på barnet. En socialsekreterare framför följande.

Socialsekreterare: Tidigare kunde vi få föräldra-/barninsatser från Bup. Då fanns en avdelning där man tittade på samspelet mellan föräldrar och barn. När det gällde föräldrar som hade resurser kunde vi tidigare få mer hjälp. Det har blivit en försämring. Detta är en funktion av att Bup är en del av sjukvården; därför skulle jag vilja ha haft Bup inom kommunen.

Bup förefaller således koncentrera sin verksamhet mot psykiatriska diagnoser och vissa behandlingsinsatser. På det sättet söker de sig mot en ”kärna” av kompetens som är distinkt skild från vad professionerna i de samverkande enheterna kan tänkas gå mot. De samverkande enheterna verkar på motsvarande sätt söka sina ”kompetenskärnor”. Detta lämnar stora tomrum i behandlingsrepertoaren, med åtföljande risk för att särskilt barn med sammansatta problem får svårt att få en adekvat behandling. Samtidigt kan kompetenskonscentration inom varje enhet vara till gagn för organisationerna och professionerna med en ökad tydlighet som följd och med ökade möjligheter att erbjuda en djup kompetens för de barn som faktiskt behöver den kompetens som enheterna kan erbjuda. Metodutvecklingen sker inom Bup-enheternas alltmer avgränsade domän mot att alla insatser koncentreras till mottagningen och mot mer ”light”-liknande insatser, där antalet samtal maximeras från början till högst 5 stycken. Om inte ett tillräckligt gott resultat har uppnåtts efter fem samtal kan dock insatsen utökas. Vidare förefaller det finnas en önskan från Bup om ett mer konsultativt arbetssätt och att det blir färre ”egna” patientärenden.

Konscentration på psykiatriska patienter

Bup försöker att undvika att få arbeta med patienter som de anser tillhör andra enheter. Här har synen på vad som är psykiatri stor betydelse. En psykolog inom habilitering konstaterar: ”Det är svårt att säga vad som är psykiatri; det är en organisatorisk fråga; det som kan behandlas kliniskt.” Tillägget ”som kan behandlas kliniskt” kan göra definitionen mycket snäv och till en tolkningsfråga beroende på vad behandlaren har för terapikompetens. Det blir då behandlaren som bestämmer indikationerna för vilka

patienter som ska tas emot och vad som ska behandlas. En socialsekreterare framför följande.

Intervjuare: Hur hanterar ni att Bup vill arbeta mindre med diagnoser relaterade till den psykosociala miljön? Fångar ni upp detta?

Socialsekreterare: Vi måste ju fånga upp detta men hur blir det för barnen? Sjukvården drar sig ifrån dessa diagnoser. De kommer att vältras över på kommunen. Det krävs tillräckligt med psykologer m.m. hos socialen men vi drar ner resurser inom skolan och socialen. Samtidigt som vi får mer barn med neuropsykiatriska diagnoser.

Bup-enheternas behandlare har gjort successiva omdefinieringar av vad som ska ingå i Bup-enheternas uppdrag, med konsekvenser för vad som behöver ingå i skolans och socialtjänstens uppdrag, med åtföljande behov av förstärkta resurser i dessa organisationer. Citatet indikerar att omdefinitionen inte har föregåtts av en dialog och ett samförstånd med berörda organisationer. Liknande tankegångar framkommer även i nästa citat.

Intervjuare: Vad sker inom socialtjänsten till följd av att BUP går mot sjukvård?

Socialsekreterare: Vi stärker inte upp med psykologer inom socialen utan det landar på skolan, om vi måste använda oss av dem. Det finns också behov av familjecentraler. Socialtjänsten måste utveckla detta. Det krävs nästan en diagnos för att man ska få hjälp. Det ska vara vetenskapliga fakta. På 1980-talet kom MBD (vår kommentar: en förkortning för Minimal Brain Dysfunction) som första diagnos. Nu är det vanligt med diagnoser. Nu ska det vara belagt, evidensbaserat. Forskning inom socialt arbete är modern forskning från 1980-talet och framåt. Psykiatri bygger på ett naturvetenskapligt synsätt medan vi ser sammanhang i stället. Från BUP-enhetens sida säger man att "vi inte går in i familjestöd".

Därmed kan arbetsvolymen på Bup avpassas till resursnivån och arbetsuppgiftens innehåll anpassas till behandlarens metodintresse. Bedömningar inför utskrivningar kan styras så att särskilt resurskrävande patienter där behandlingsinsatser verkar ge små resultat hänförs till annan enhet, med hjälp av diagnosen. Diagnosen psykiatrisk problematik blir ett objektiva sätt att skapa balans i enhetens värld så att resurserna räcker till de patienter som ges högst prioritet i behandlarens värld för att påbörjade insatser framgångsrikt ska kunna slutföras.

Helhetsintryck

Bilden är att många patienter har multipla diagnoser, dvs. sammansatta behov. Organisationerna runt patienten ska då samarbeta, men de saknar en gemensam strategi för hur arbetet ska fördelas. Det finns ett samarbetsavtal men de har inte en gemensam budget.

En tolkning av drivkraften bakom organisationernas agerande är att de vill värna om sin budget och kunna klara kraven på tillgänglighet. Ett sätt att göra det är att försöka förmå någon annan organisation att ta över så mycket som möjligt så tidigt som möjligt. Strategierna kan således ses som präglade av att hantera resursknapphet så att en dominerande position i samarbetet och en skarp avgränsning ger en ökad kontroll av den egna resursinsatsen. Det uppstår då en attityd av att ett ärende inte är ett Bup-ärende utan tillhör habilitering eller att det krävs mer av utredningar inom annan instans (skolan). Enheternas tidigare strategi att hålla gränsen lite oskarp och diagnosen flytande, liksom att sudda ut gränsen mellan att behandla och utreda, alternativt inte utreda alls, verkar vara på väg att förändras. Troligen beror det på att resurserna börjar upplevas som mer knappa. Diagnosen är ett viktigt instrument för att med medicinska, objektiva termer motivera att insatser inte kan sättas in, vilket är ett bättre alternativ än att hänvisa till bristande resurser.

En *annan* tolkning kan utgå från att organisationerna vill bestämma över sina arbetsförutsättningar och sitt arbetsinnehåll. Ett skäl till detta är att kunna skapa en rimlig intern arbetsmiljö. De vill också kunna se framgång i sitt arbete och de vill kunna pröva och utveckla de behandlingsformer de har utbildning för att utföra.

Bup gör på detta sätt en omdefiniering av sin roll med stor påverkan på sina samarbetspartners utan att föra en dialog med dessa om vad som ska ingå i Bup-enheternas uppdrag och därmed förbereda dem på den roll Bup-enheternas strategier förutsätter. Utan att explicit ha studerat de samverkande organisationernas omvärldsstrategier verkar de vara inne i en motsvarande process. Det betyder att en organisation kan försöka omdefiniera sin roll för att få en tydligare ställning och ett mer avgränsat och lättbudgeterat område, utan att övriga organisationer är införstådda med det. De olika organisationsstrategierna, resursstrategierna och profes

sionella strategierna verkar ge en sammanfallande och förstärkande dragning av Bup in i den roll man nu kan se konturerna av.

Professionernas roll i strukturering av det organisatoriska fältet – mot lös koppling

Bup möter krav på effektivare resursutnyttjande och ökade krav på tydliga behandlingsresultat med avgränsning av urval av patienter och starkare koncentration mot de mest beprövade metoderna. Bup använder sig av diagnoser som verktyg för att styra patientflöden och motivera sina behandlingsinsatser. Professionerna i var och en av de samverkande organisationerna bidrar till en utveckling mot en egen fördjupad kompetens. Härigenom utvecklas metodarsenalen på ett resurseffektivt sätt mot ”kompetens kärnor”.

I bästa fall kommer metदानvändandet att bygga på organisationernas komparativa fördelar. Resurserna koncentreras till behandlingsbara fall, så att fler verkligen blir hjälpta. Genomströmningen av patienter kan också hållas uppe och därmed tillgängligheten för patienter att få behandlingsinsatser. Sett från huvudmannens utgångspunkt, och övriga enskilda huvudmäns utgångspunkt, gör professionsstrategierna det möjligt att klara kraven på resurseffektivitet och legitimitet hos var och en av organisationerna. Professionsstrategier behöver således inte vara ett hot mot organisationens möjligheter att klara sina resursrestriktioner, som kanske är den gängse uppfattningen, utan kan i stället t.o.m. vara ett instrument för att klara denna organisationsstrategi. I den meningen bidrar professionerna till att fylla ”det svarta hålet”.

Frågan är om professionerna bidrar till att strukturera fältet av samverkande organisationer mot att de tillsammans klarar att leva upp till devisen att ”sätta patienten i centrum”? En uppenbar effekt är att den strategi som både Bup och övriga samverkande organisationer följer leder till att patienter som inte är lättdiagnostiserade eller som bedöms som svårbehandlade faller mellan stolarna. Patienter kan få vänta länge på en komplett insats, om den alls kommer till stånd. Bup som har den starkaste organisationsidentiteten av att vara en organisation uppbyggd av professioner av de ingående enheterna, går längst i att utveckla professionsstrategier. De har

lämnat behov som urvalskriterium för sina insatser och väljer i stället diagnoser utifrån specifika kriterier. Bup har fått karaktären av en specialistorganisation för neuropsykiatriska utredningar och för samtalsterapi vid ett antal diagnoser: psykoser, depressioner och tvångsmässigt beteende, exempelvis ätstörningar. En behovsstyrd organisation blir sannolikt för diffus i sin avgränsning av uppdrag och klarar troligen varken resursrestriktioner eller de krav som professioner ställer. Det förefaller således att av de tre kraven – huvudmannens krav på resurseffektivitet, professionernas krav på avgränsningsbara, behandlingsbara patientfall och patienternas krav på behovsorienterade behandlingsinsatser – kan de två förstnämnda tillgodoses samtidigt i var och en av professionsorganisationerna. Men detta kan inte automatiskt förutsättas leda till att de samverkande organisationernas insatser för patienter som de har gemensamt också får en behovsorienterad insats. För det krävs sannolikt både generella samverkansinsatser som vägleder varje organisations kompetensriktning och patientspecifika insatser för att förebygga att just den patienten inte ska falla mellan stolarna.

Idet studerade fallet framkommer att resurs- och professionsstrategier i samverkan utvecklar en dynamik hos var och en av de samverkande organisationerna. De omdefinierar innehållet i sina insatser så att de påtagligt påverkar förutsättningarna för varandra. Bup är t.ex. på väg att renodla sin roll. De rör sig bort från hemterapi och miljörelaterade diagnoser, vilket får stora konsekvenser för kommunerna som då behöver förstärka sin organisation med psykologer. Socialtjänsten har å sin sida ensidigt definierat bort institutioner som lämplig behandlingsform och beslutat satsa på så kallade ”hemmaplanslösningar”. Bup har inte sett eller ännu påverkats av detta, men får troligtvis sitt åtagande utökat då barnen kommer att vara kvar i familjehem i större utsträckning även vid svåra störningar. Habiliteringen har förändrat sin syn på vad som ska ingå i deras åtagande genom att definiera bort kravet på utredning samt genom att ha en definitiv ”diagnosspärr”. (Habiliteringen behandlar enbart patienter med vissa fastställda diagnoser och inte efter en allmän behovsbedömning). Skolan förutsätter att Bup ska kunna fylla den roll som primärvården ännu inte är utbyggd för att kunna ta.

De samverkande enheterna gör omdefinieringar utan att först diskutera det sinsemellan, så att det först i efterhand blir möjligt att upptäcka att en organisation inte längre vill arbeta med en viss problematik eller tillämpa

en viss metod. Detta leder till att organisationernas beredskap för adekvata insatser i förhållande till övriga är sämre utformad än om de varit samordnade.

Studien belyser det dilemma som har uppstått i styrningen av offentlig verksamhet. En alltför tät koppling med definitionsmässigt låg grad av särprägel hos aktörerna, ”alla kan hjälpa alla att göra sitt jobb”, klarar inte kraven på resurseffektivitet och ger inte legitimitet till var och en av de samverkande aktörerna. I det studerade fallet där professionernas logik gör sig starkt gällande uppnås en ökad grad av särprägel men också en minskad grad av svarsbenägenhet på de omgivande organisationernas behov. Med Orton & Weicks (1990) termer skapar professionsstyrningen i kombination med resursstrategier ett alltmer löst kopplat system av samverkande organisationer, kanske på väg mot en isärkopplad struktur.

Slutsats

Studiens syfte var att pröva om komplexitet i offentlig verksamhet kan hanteras genom att överlåta det operativa utformandet och samordning till professionella yrkeskårer och organisationer som består av professionella utövare. Utgångspunkten var att professionella kårer skulle kunna genomföra den verksamhet och se till det medborgarintresse som politikerna förmedlar som sin intention och göra det på ett sätt som uppfattas som trovärdigt av medborgarna.

Studien visar följande:

- 1 Professionsstrategier och resursstrategier kan vara förenliga. Professionella kårer kan genom att tillämpa sina professionella normer och sin professionslogik bidra till att det uppdrag huvudmannen har angivit blir genomfört, men enbart sett till en organisation i taget.
- 2 Professionsstrategier och resursstrategier verkar däremot svårförenliga med en behovsstyrning sett för en organisation i taget. Behovsstyrning skapar diffusa uppdrag och en svårbudgeterad verksamhet. Behovsstyrning kan således tillgodoses enbart inom fältet av organisationer.
- 3 Ny kunskap om behandlingsmetoder kan om de införs ge både ökad resurseffektivitet, ökad legitimitet åt organisationen och en tydligare

identitet åt professionerna. Här finns en kraft som driver på organisationerna att omdefiniera innehållet i sina insatser fortlöpande. En sådan process som sker samtidigt i flera organisationer kan inte förutsättas leda mot en konvergerande uppfattning om patienternas bästa till följd av gemensamma värderingar inom en profession eller mellan professioner.

4 Ökad professionsstyrning kan i sig således inte antas bidra till att strukturera det fält av organisationer de tillhör mot samverkan. Antagandet om att ökat ansvarsutkrävande skulle gynna professionsstyrning kan ifrågasättas utifrån att det genererar en effekt vid sidan om att öka legitimiteten som inte gynnar samverkan mellan organisationer. Ett ökat professionellt ansvarsutkrävande kan i stället antas leda till en förstärkt renodling av arbetssätt och terapiformer samt en ökad koncentration på vissa diagnoser och patientkategorier, i detta fall psykiatriska patienter.

5 Professionsstrategierna får inte en entydigt positiv eller negativ inverkan på vare sig resurseffektiviteten i fältet av samverkande organisationer eller för organisationsfältets legitimitet.

Slutsatsen är att varken en tvingande kraft, i form av ökat ansvarsutkrävande riktat mot professionerna, eller en normativ kraft genom påverkan på professioners värderingar har realistiska förutsättningar att strukturera det fält av professionella organisationer inom vilket Bup verkar mot ökad samverkan.

Det är intressant att konstatera att de svårigheter att uppnå behovstyrning som Berlin och Carlström (se kapitel 3 i denna bok) talar om för akuta situationer också gäller för mer planeringsbar verksamhet, som barn- och ungdomspsykiatriska insatser. Ibåda situationerna uppträder en avvaktande hållning till att samverka till förmån för att utföra organisationsspecifika uppgifter och till att möta behov som ligger inom det egna kompetensområdet. Det organisationsspecifika prioriteras framför samverkan.

Tänkbara framtida lösningar

Vi ser att det finns behov av nya former för kontakter; metakontakter och lärandekontakter.

Metakontakter – Då en stark professionsstyrning i kombination med stark resursstyrning driver fram omdefinieringsprocesser inom varje samverkande enhet, kommer det att krävas en kommunikation mellan enheterna om vilka konsekvenser enskilda organisationers omdefiniering av sin roll medför för övriga. Antingen kan det ske genom att de samverkande organisationernas ”föräldrar” tar sådana initiativ eller genom att enheterna direkt på operativ nivå för sådana samtal fortlöpande.

Lärandekontakter – Det nyligen (2007) skapade samverkansavtalet har överlåtits att tillämpas direkt av aktörerna, dvs. det saknas en gemensam överinstans i systemet. Samverkansavtalet ger därmed en falsk känsla av tydlighet, ”det är reglerat hur vi ska samverka”, men med tanke på att samtliga aktörer gör sin egen tolkning innebär avtalet ingen ökad tydlighet i egentlig mening. Detta skulle kunna ”rättas till” så att det framtvingade en samordning, men då skulle sannolikt graden av organisationernas särprägling minska igen. Med avsatta resurser för samverkansinsatser skulle det dock kunna bli möjligt att arbeta gemensamt mellan organisationerna. Därmed skulle man kunna se och lära av varandras insatser. Det skulle då genom härmning kunna bli möjligt att arbeta med ett sammansatt patientbehov och utveckla gemensamma synsätt som skulle verka koordinerande även på patientfall som inte kräver samverkan enligt samverkansavtalet. En fördel med en sådan ansats är att den ger möjlighet för deltagarna att frivilligt ta till sig ett nytt arbetssätt. Det skulle minska det hot som Quist (se kapitel 1 i denna bok) beskriver, som kan vara förknippat med horisontell samverkan då den kan innebära en potentiell förändring för de anställda.

Det är vår uppfattning att det krävs både förbättrade metakontakter och lärandekontakter mellan de professionella utövarna för att hantera komplexiteten inom det studerade organisatoriska fältet, så att både särprägel och svarsbenägenhet uppstår. Härigenom kan lös koppling som strategi tillämpas för att hantera komplexitet.

Referenser

- Almqvist, R. (2004) *Icons of New public management. Four studies on competition, contracts and control*. Stockholm: School of Business, Stockholm University.
- Andersson, T. (2005) *Managers' Identity Work: Experiences from Introspective Management Training*, doctoral thesis at University of Gothenburg, Göteborg: BAS.
- Andersson, T. & Liff, R. (2007) Constructing the patient as control strategy in psychiatry – Competing responsibilities and their consequences. Paper presented at 2nd *Nordic Health Management Conference*, Göteborg, 6–7 dec. 2007.
- Andersson, T. & Liff, R. (2007) Resource risk and medical risk – Co-workers' strategies and attitudes to risk in psychiatry. Paper presented at *Göteborg Public Management Seminars – On leadership and risk*, Göteborg, 19–20 nov. 2007.
- Bowker, G. & Star, S.L. (1999) *Sorting Things Out: Classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MITPress.
- Brunsson, N. (1998) Politisering och företagisering – institutionell förankring och förvirring i organisationernas värld. I Arvidsson, G. & Lind, R. (red.) *Ledning av företag och förvaltningar*. Stockholm: SNS Förlag.
- Czarniawska, B. (2007) *Shadowing and other techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Malmö: Liber.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W. (1991) Introduction. I Powell, W. & DiMaggio, P.J. (red.) *The new Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Dogan, M. (1988) Crisis of the Welfare State. I Dogan, M. (red.) *Comparing Pluralist Democracies. Strains on Legitimacy*. Boulder: Westview press.
- Hood, C. (1991) A public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69(1):3–19.
- Hood, C. (1995) The new public Management in the 1980's: Variation on a Theme. *Accounting, Organization and Society*, 20(2/3):93–109.
- Lindberg, K. (2002) *Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer*. Göteborg: BAS.
- Orton, D. & Weick, K. (1990) Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *Academy of Management review*, 15(2):203–223.
- Osbourne, D. & Gaebler, T. (1992) *Reinventing Government*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Peters, G. (2001) *The Future of Governing – Four Emerging Models*. 2:a uppl. Lawrence, KS: University Press of Kansas.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2000) *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.

Rothstein, B. (2006) *Vad bör staten göra?* Stockholm: SNS Förlag.

Sahlin-Andersson, K. (1996) *Imitating by Editing Success: The Construction of Organization Field.* Czarniawska, B. &

Sevón, G. (red.) *Translating Organizational Change.* Berlin: de Gruyter.