

Om vikten av kvalitet

En studie av förändring i den svenska hälso- och sjukvården.

Abstract

The public health care sector has come under increasing pressure to cut down costs, maximize productivity and satisfy patients' needs during the 1990s and onwards. As a way of 'getting more for less' quality management has been introduced. Originating in the private manufacturing industry, quality management has a strong focus on productivity and efficiency, aspects which are measured in quantitative terms. However, there are strong concerns that quality management is a means of speeding up the marketization of public health care by introducing core values much different from the ethic and medical norms that traditionally underpin health care organizations.

This essay focuses on how quality management has been introduced to, and transformed by, public health care. A theoretical framework based on new institutionalism is constructed, and translation theories are used as a way of illustrating how the medical institutional environment, in fact, changes the concept of quality management. Quality is re-interpreted in the public health care organization field and given a medical and ethical base, which results in the weakening of the expected normative conflict.

Keywords: Quality management, public health care, translation, organizational change, New Public Management.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	4
1.1	FRÅGESTÄLLNINGAR OCH SYFTE	5
1.2	METODDISKUSSION.....	6
1.2.1	<i>En komparativ fallstudie</i>	7
1.2.2	<i>Intervjuer</i>	8
1.2.3	<i>Urval</i>	8
1.2.4	<i>De två sjukhusen</i>	9
1.3	DISPOSITION	10
2	TEORETISK DISKUSSION	11
2.1	KVALITET SOM IDÉ OCH METOD.....	11
2.2	NYINSTITUTIONALISM	12
2.3	INSTITUTIONEN - BÄRARE AV VÄRDERINGAR?	13
2.3.1	<i>Det speciella med vården</i>	14
2.4	ATT FÖRKLARA FÖRÄNDRING	16
2.4.1	<i>Översättning och tolkning</i>	17
2.4.2	<i>Översättning och identitet</i>	18
2.5	SAMMANFATTNING.....	19
3	KVALITET I SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	20
3.1	INTE BARA EN SORTS KVALITET	21
3.1.1	<i>Kan man mäta kvalitet?</i>	22
3.2	DEN PROFESSIONELLA ORGANISATIONEN	24
3.2.1	<i>Den frånvarande ledningen</i>	24
3.2.2	<i>Övergripande reglering</i>	26
3.3	EN MEDICINSK VÄRDEGRUND	27
3.3.1	<i>Kvalitetsbegreppet</i>	27
3.3.2	<i>Kundbegreppet</i>	29
3.4	SAMMANFATTNING.....	30
4	RESULTATDISKUSSION	32
4.1	KVALITET OCH VÄRDERINGAR.....	32
4.2	ETT GEMENSAMT SPRÅK	33
4.3	AFFÄRSVERKSAMHET ELLER VÅRD?.....	35
5	AVSLUTNING	37
6	REFERENSER	38
6.1	INTERVJUPERSONER.....	41
6.2	BILAGA 1. INTERVJUGUIDE	42

1 Inledning

Hälso- och sjukvården befinner sig i en prekär situation. I takt med att samhället förändras förändras också medborgarnas förväntningar på vården. Kraven ökar på vården samtidigt som resurserna verkar minska. Kvalitetsarbete har setts som en möjlig lösning på effektivitets- och produktivhetsproblem och införts som ett sätt att skapa 'mer för mindre pengar'. Problemet är dock att kvalitet är ett flytande begrepp, det kan preciseras som:

”Alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller en företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov (SS-ISO 8402, 1994). Det kan även uttryckas som att kvalitet innebär att *rätt saker görs på rätt sätt*” (SOFS 1996:24).

Så definieras kvalitet i den lagstiftning som sedan 1997 slår fast att all hälso- och sjukvård skall omfattas av ett aktivt kvalitetsarbete där all personal skall delta. Kvalitet är ett mångtydigt begrepp, att rätt saker görs på rätt sätt betyder säkerligen något annat för landstingsdirektören än vad det gör för undersköterskan eller patienten. Kvalitet kan således betyda allt eller inget. Det kan stå för olika värdegrunder, demokratisyner, vård- och verksamhetsperspektiv, vilket mot bakgrund av den omfattande lagstiftningen skapar ett intressant problem: vad är egentligen rätt saker, vad är rätt sätt och hur bestäms vad som är rätt?

Kvalitetsarbete i sin nuvarande form utvecklades under efterkrigstiden i tillverkningsindustrin i Japan. Sedan dess har det spritt sig till tjänstesektorn och till offentlig verksamhet. Under rubriken kvalitetsarbete ryms en uppsjö olika metoder, modeller, system och program. Det finns, variationen till trots, ett antal faktorer som förenar dem och de kan sägas utgå ifrån ett företagsmässigt idésystem. Kärnan är kundorientering dvs. att verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete sker med kunden i fokus, med syfte att genom kundtillfredsställelse öka efterfrågan och därmed intäkterna. Andra faktorer som betonas är effektivitet, produktivitet, ett engagerat ledarskap, processtänkande, flexibilitet och informationsstyrning. Kvalitetsförespråkarna, vilka ofta utgår ifrån ett ekonomisk-rationellt perspektiv, ser arbetet som ett sätt att förbättra verksamheten. Det är en managementteknik som leder till att:

“[o]rganizations in both the private and public sectors that have adopted the TQM¹ approach consistently increase value to customers, improve productivity, reduce total costs, improve products and services, achieve better planning and forecasting, reduce administrative overhead, reduce rework and waste, and improve employee performance and morale.” (Harrison & Stupak 1993:419).

¹ Total Quality Management eller total kvalitetsstyrning. En form av styrning där kvalitetsarbete ses som grundläggande för verksamheten och något som bör bedrivas på alla nivåer och områden.

Att hämta organisatoriska lösningar från näringslivet har varit en tydlig trend inom offentlig sektor under 1980- och 1990-talen, vilken ofta kallas NPM: New Public Management. Tanken är att dessa metoder kan skapa större flexibilitet, effektivitet och lönsamhet för de mer trögrörliga, byråkratiska och hierarkiska offentliga organisationerna. Effekterna har dock inte varit odelat positiva. Det finns ett skarpt kritiskt läge som ifrågasätter 'marknadiseringen' av sjukhus, skolor och förvaltning (se t.ex. Lundquist 1998).

Kritiken går ut på att kvalitetsarbete så som det införts från näringslivet inte tar hänsyn till de förutsättningar som är grunden för offentlig verksamhet. I hälso- och sjukvård finns en oro för att omvandlingen av patienter till kunder innebär att verksamhetens grundläggande principer, så som lika vård för alla, sätts ur spel. Frågan är i vilken riktning ett utvecklingsarbete med grund i privat tillverkningsindustri driver vården, kan ett sådant verkligen appliceras på en verksamhet som hälso- och sjukvården? (Keaney 1999:699). Det finns en möjlighet att dessa reformer leder till att det vårdmässiga idésystemet hotas:

“Medicinska och humanistiska normer och värderingar ersätts helt enkelt med managements. Handlingsmönster som skapats av dem som arbetar i vården hotas nu av styrmodeller som bland annat styr handlingar från omvårdnad till administration.” (Erlingsdottir 1999:215).

Vissa forskare går så långt att de kallar kvalitetsarbete för “a subterfuge for increased executive control” (Radin & Coffee 1993:43). Oavsett hur man ställer sig till det ekonomiska synsättet är poängen att kvalitet inte är ett neutralt, tekniskt verktyg utan en styrmetod som innehåller ett tydligt ideologiskt budskap och som, eftersom de metoder som används ofta har tillverkningsindustrin som grund, utvecklar hälso- och sjukvården allt mer i denna riktning (Kirkpatrick & Martinez Lucio 1995:8).

1.1 Frågeställningar och syfte

Diskussionen av kvalitet har ofrånkomliga normativa inslag då kvalitetsarbete handlar om att precisera vad som ses som 'god' verksamhet, något som är ett värdemässigt ställningstagande i sig. Hälso- och sjukvården är ett intressant fall eftersom det är en värdeintensiv verksamhet vars mål och produktion skiljer sig mycket från ett företags. Frågan om vilka värderingar som ryms i kvalitetsbegreppet och vad kvalitetsarbete innebär kan ställas, är det kvalitet där vården som effektivitet, produktivitet och flexibilitet betonas eller kvalitet byggd på typiska offentliga värderingar som rättssäkerhet, likabehandling och demokrati? Kort sagt, hur tydligt syns det ekonomiska respektive det vårdmässiga idésystemen?

Teoretiskt tar uppsatsen avstamp i ett antagande om att offentliga organisationer måste, för att kunna använda sig av nya metoder, först anpassa dem till den egna verksamheten. I detta omvandlas kvalitetsidén och vi kommer att

intressera oss för hur detta sker och vilka värderingar som ligger till grund för det egna kvalitetsarbetet. Offentliga organisationer måste uppfylla krav och förväntningar från många olika grupper samtidigt, vilket ofta leder till en konflikt där tillfredställelsen av ett behov ofta sker på bekostnad av ett annat (Brunsson 2003:203). Det ligger en maktaspekt i detta som kan ses också i kvalitetsfrågan. Vem är det som styr utformningen av kvalitetsarbete i vården och vilka värderingar är det som avspeglas?

Dessa frågor belyser olika aspekterna av kvalitetsfrågan. De rör normer och värderingar men också förändringsmässiga och maktrelaterade aspekter. Syftet med denna studie är att förklara hur det offentliga kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården utvecklas. En viktig del i detta är att belysa effekterna av att metoder med ett mer ekonomistiskt synsätt införs på vårdens kvalitetsuppfattning.

Uppsatsen utgår ifrån två huvudsakliga problemställningar:

- Vad är det för kvalitetsarbete vi ser i hälso- och sjukvården och hur formas detta av vårdens specifika kontext?
- Finns det en normativ konflikt mellan de två idésystemen: hälso- och sjukvård samt näringsliv i den svenska hälso- och sjukvården?

Följdfrågan blir vad detta får för konsekvenser för hälso- och sjukvården i stort?

Det frågorna syftar till att belysa är egentligen två olika, men interrelaterade, problemområden. De är dels den organisationsteoretiska frågan om hur en anpassning av reformer till den egna verksamheten sker och hur specifika förutsättningar och villkor kan avspeglas i och omforma förändringen. Den andra frågan rör vad som händer när reformer, utvecklingsmetoder och styrsätt från näringslivet appliceras på offentlig verksamhet. Offentlig verksamhet fungerar enligt andra förutsättningar än privat; det konkurreras inte om marknadsandelar, målet är inte att öka kundantalet eller vinst.

1.2 Metoddiskussion

Patienter, politiker och samhället i stort är en viktig del av hälso- och sjukvården men här ligger fokus enbart på dess organisatoriska uttryck i form av sjukhus. Uppsatsen handlar inte om hur långt kvalitetsarbetet har kommit eller vilka åsikter personalen har om det, utan ambitionen är att åskådliggöra hur kvalitetsidén anpassas efter de speciella förutsättningar i form av struktur och kultur som utgör grunden för hälso- och sjukvården. Den är främst en empirisk studie även om vissa tendenser till explorativt resonemang finns, på sätt och vis är det ett försök att "artbestämma fågeln" när det gäller kvalitet i hälso- och sjukvården.

1.2.1 En komparativ fallstudie

Empiriskt material har samlats in från två sjukhus: länssjukhuset Ryhov i Jönköping och Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Totalt har tio intervjuer med åtta respondenter genomförts. Intervjupersoner har valts ut från olika kliniker och har olika positioner.

Att välja en metodologisk eller en teoretisk utgångspunkt innebär alltid att vissa faktorer belyses på bekostnad av andra. Här sker avvägningen möjligtvis mellan bredd och jämförbarhet. Att hämta material från olika typer av avdelningar och positioner ger ett bredare underlag och lämpar sig kanske bäst för generaliserande ansatser, insamling från en och samma typ av verksamhet, t.ex. två psykiatriklinker, ger å andra sidan ett bättre underlag för renodlade komparationer.

Denna uppsats är egentligen två fallstudier men med en generaliserande syfte, material insamlas från två sjukhus för att kunna säga något om den övergripande utvecklingen. I fall där studieobjekt och kontext är svåra att skilja åt är fallstudier en metod som lämpar sig väl. I denna uppsats är kontexten på sätt och vis studieobjektet, studien handlar om organisatorisk förändring som ett resultat av en förändringsimpuls möte med och omvandling av den vårdmässiga kontexten. Fallstudier har visserligen kritiserats för att vara ovetenskapliga då de inte ger samma grund för generalisering som kvantitativa tillvägagångssätt. Till metodens försvar kan sägas att den ger tillräckligt djup för att hantera den komplexitet som präglar hälso- och sjukvården samtidigt som verksamheten kan sättas in i sin historiska och kulturella kontext, något som är viktigt för förståelsen av en värdeintensiv verksamhet som vården (Peters 1998:137, 141).

Det finns vissa jämförande inslag i uppsatsen, skillnader och likheter pekas ut mellan de två sjukhusen, men ansatsen är generaliserande snarare än komparativ. Här kombineras således fallstudien med ett bredare upplägg, två fallstudier utförs med syfte att kunna säga något om den allmänna kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Peters menar att detta är det lämpligaste sättet att bedriva fallstudier, genom att placera dem i ett teoretiskt ramverk kan enskilda observationer bidra till den samlade kunskapen eller bilden (1998:138, 141). Generaliseringarnas reliabilitet begränsas något av antalet sjukhus, ett större underlag hade gett bättre grund för generaliseringar, men ett visst djup i undersökning hade försvunnit då djupintervjuer varit svåra att använda.

Studien berör hälso- och sjukvården, vilket är det större område fallstudier kan bidra till att belysa. Med hälso- och sjukvården avses hela vårdsektorn och inte enbart sjukhusen. Framställningen kommer att röra sig mellan dessa nivåer; den mer konkreta sjukhusnivån i fallstudierna men också en mer generell nivå där hela sektorn berörs. Då och då görs också referenser till den offentliga sektorn. Den offentliga sektorn är ett brett begrepp och bör här ses som ett slags ramverk inom vilket organisationer vars syfte inte är vinstmotiverat och med någon form av statlig, kommunal eller landstingsanknuten ägarform passas in. Det metodiska upplägget ger en studie som hamnar någonstans mellan fallstudien och det komparativa, vilket ger intressanta möjligheter.

1.2.2 Intervjuer

Osynliga strukturer är svåra att komma åt, de syns endast indirekt i t.ex. retorik, organisatorisk struktur eller beteende. Czarnikawska menar att intervjuer är ett oöverträffat verktyg för att studera grundläggande normativa och kognitiva strukturer så som världssyn, samhällssyn och verklighetsuppfattning (1999:2f). Genom intervjuer får man fram information som är svår att få tag på på annat sätt.

Det finns dock problem med att använda intervjuer. Resultatet blir onekligen subjektivt, påverkat av respondentens åsikter och intervjuarens svarstolkningar. Peters menar att det är forskaren själv som är den största felkällan i fallstudier. Resultaten påverkas ofrånkomligen av hans/hennes förförståelse, förväntningar och misstag (1998:144). Czarnikawska menar, å andra sidan, att dynamiken i intervjusituationen viktig:

”Clever interviewers who never make mistakes reduce their interlocutors to puppets reciting what has been previously thought up by the researcher.” (1999:10).

Fördelen med fallstudier, och intervjuer, är att studieobjektet har möjlighet att mer explicit och konkret påverka forskaren. Jag har använt mig av s.k. semi-strukturerade intervjuer där frågorna ställs utifrån vissa teman eller områden men lämnas öppna. På så sätt kan diskussionen leda in på de frågor respondenten upplever som centrala, vilket förhoppningsvis förstärker validiteten i resultaten och minskar risken för (felaktig) styrning från intervjuaren (Patton 2002:21). Användandet av en mall gör också att forskaren får fram ett jämförbart material. Intervjuer är det empiriska grundmaterialet, vilket kompletteras av skriftligt primärmaterial så väl som sekundärkällor.

1.2.3 Urval

Jönköping är ett av de landsting som kommit längst i kvalitetsarbetet, Göteborg eller Västra Götalandsregionen däremot har börjat senare och inte nått lika långt. Kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården i Sverige började 1990 genom ett samarbete mellan Spri² och fyra sjukhus, varav länssjukhuset Ryhov i Jönköping var ett (Erlingsdottir 1999:64). Sahlgrenska universitetssjukhuset och länssjukhuset Ryhov kan sägas representera olika stadier eller situationer där ett sjukhus har ett välutvecklat kvalitetsarbete och ett annat har ett mindre utvecklat. Att just två sjukhus valts ut beror på att dessa två ger en god bild av två ’ytterpositioner’, men också på att ett större material hade varit svårt att hantera inom ramarna för denna uppsats. Tanken är att om dessa två sjukhus som är olika även till storlek, verksamhetsområde och formell organisation, kan uppvisa vissa likheter när det gäller kvalitetsarbete så kan detta användas för att säga någonting om kvalitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården i allmänhet. Även om det i

² Spri var ett statlig vårdutvecklingsorgan som lades ned årskiftet 1999-2000.

uppsatsen talas om hälso- och sjukvården är det viktigt komma ihåg att detta görs med grund i ett relativt litet urval. Det är möjligt att ett tredje, eller fjärde, sjukhus hade gett en annan bild än den jag nu når fram till.

Respondenterna har valts ut för att ge en bred bild av sjukhusverksamheten och kommer således ifrån olika delar av organisationerna. Verksamhetschefer och tjänstemän på ledningsnivå är intressanta intervjuobjekt av flera skäl. För det första är deras roll tydlig i lagstiftningen, det är ledningsgruppens uppgift att identifiera kvalitetsbegreppet och verksamhetschefens ansvar att omsätta detta i praktiken. För det andra är det väldokumenterat inom organisationsteoretisk forskning att chefer ofta spelar en central roll när det gäller att 'översätta' förändringsidéer till den egna verksamheten (Rövik 2000:157). Detta innefattar här också de specialiserade kvalitetstjänsterna så som kvalitetssamordnare, -utvecklare eller -chef. Majoriteten av intervjupersonerna arbetar aktivt med verksamhetsutveckling, vilket ger fördelen att de är väl insatta i ämnet. Några mindre insatta och mer 'vanliga' respondenter kompletterar dock bilden.

Som forskare måste man göra ett urval och här kommer därför de faktorer som varit intressantast för mitt syfte att tas upp i resultatredovisningen även om andra säkerligen har stor betydelse för övriga aspekter av hälso- och sjukvården. Skälet till att just dessa diskuteras är att de är centrala delar av hälso- och sjukvårdens organisationsidentitet och kultur. De är verksamhetens 'natur' och produktion, strukturella faktorer så som frånvaron av en stark ledning och övergripande strukturer samt värderingar där kvalitets- och kundbegreppen diskuteras vidare.

1.2.4 De två sjukhusen

Sahlgrenska universitetssjukhuset och länssjukhuset Ryhov är två relativt olika sjukhus. Sahlgrenska är ett av Nordeuropas största sjukhus med omfattande specialistvård och Ryhov är ett mindre regionsjukhus. Huvudman är Västra Götalandsregionen respektive Jönköpings läns landsting.

Sahlgrenska har ca 16900 anställda i hela organisationen, omfattar forskning och utbildning samt specialistvård. Sahlgrenska universitetssjukhus finns i sin nuvarande form sedan 1997 då tidigare Östra, Mölndals och Sahlgrenska sjukhusen slogs ihop. I denna uppsats har urvalet av respondenter begränsats till det som kallas område Sahlgrenska dvs. den del av sjukhuset som var tidigare Sahlgrenska sjukhus. Vid SU finns också rikscentrum för vissa specialiteter, framför allt inom barn- och ungdomssjukvården. Forskning och utbildning är också en viktig del av verksamheten (Presentationsskrift om SU).

Ryhov är ett mindre sjukhus med ca 3300 anställda och med mer sammanhållen verksamhet. Utbildningsverksamhet försiggår också, i samarbete med Hälsohögskolan. I Jönköpings län finns tre sjukhus: förutom Ryhov Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus (Om Ryhov). I Jönköpings landsting finns en fristående enhet för verksamhetsutveckling: Qulturum. Qulturum utgår ifrån landstingens kvalitetsmodell QUL som grunden för sitt arbete och arbetar således med kvalitetsutveckling. Denna konstruktion är relativt unik även om den verkar bli vanligare bland landstingen. Strategiska beslut tas dock av

sjukhusdirektörens ledningsgrupp. På SU sköts kvalitetsarbete av olika kvalitetsutvecklare på varje klinik samt av olika ledningsgrupper. En motsvarighet till Qulturum, vilket kan föra ett sammanhållet kvalitetsarbete, saknas dock även om något liknande verkar planeras (SU budget 2004:16,17).

Sjukvården i Västra Götalandsregionen utförs enligt en beställarutförarmodell, vilket innebär att regionens hälso- och sjukvårdsstyrelse beställer vård av sjukhusen (SU Budget 2004:8). I Jönköpings län fungerar vården inte enligt denna modell och det är möjligt att den politiska aspekten spelar olika stor roll i de två fallen. Man kan dock argumentera att det trots olika krav och organisationsstrukturer är upp till sjukhusen att avgöra hur dessa ska uppfyllas, vilket innebär att de har ett visst spelrum och inte är helt styrda av den politiska strukturen. Likaså kan man tänka sig att storleken spelar en viss roll. Storlek är dock inget enkelt begrepp, totalstorlek på sjukhusen kan skilja sig åt samtidigt som det mindre sjukhuset kan ha större kliniker inom vissa områden.

1.3 Disposition

Uppsatsen är uppdelad i tre delar. Efter denna inledande del följer en teoretisk diskussion med utgångspunkt i nyinstitutionalismen. Organisationer ses som värdeladdade, vilket innebär att förändring påverkas av organisationens natur, kultur och struktur. Översättningsbegreppet diskuteras som ett verktyg för att illustrera hur förändringsimpulsen möter och förändras av den vårdmässiga kontexten.

Den andra delen är huvudsakligen empirisk. Det material som framkommit under intervjuerna samt skriftligt primärmaterial diskuteras utifrån forskningsläget. Kapitlet är indelat i tre delar som berör verksamhetens natur, strukturella organisatoriska faktorer och värderingar.

Slutligen diskuteras resultatet utifrån det teoretiska ramverket. Översättningsperspektivet förs in i diskussionen som en förklaring till den utveckling som skett och vissa större frågor ställs där det resoneras vidare kring konsekvenserna av införandet av kvalitetsarbete på hälso- och sjukvården i stort.

2 Teoretisk diskussion

Här konstrueras ett teoretiskt ramverk med hjälp av vilket det empiriska materialet sedan diskuteras. Organisationer är något som attraherar forskare från alla discipliner, vilket avspeglas i forskningsläget. Statsvetares, sociologers och ekonomers resonemang diskuteras.

2.1 Kvalitet som idé och metod

Kvalitet har två huvudsakliga dimensioner. Kvalitet är både ett begrepp och en metod. Det kan diskuteras som en egenskap (vad är kvalitet?) men det kan också diskuteras mer konkret (hur uppnår vi kvalitet?). Uppdelningen i metod och idé är inte ovanlig. Power talar om två aspekter av NPM: programmatiska eller normativa element samt teknologiska eller operationella element. Programaspekten syftar på de idéer, syften och mål som förknippas med en teknik eller metod och den teknologiska aspekten syftar på dess konkreta sida i form av rutiner, uppgifter och processer (1997:6f).

Kvalitet som idé är ett abstrakt begrepp. Det är något som alla är överens om är önskvärt, det är svårt att argumentera emot hög kvalitet. Icke desto mindre är det ett flytande begrepp som ges många olika betydelser i forskningsläget, vilket beror på att kvalitet i grund och botten handlar om att identifiera de värden och egenskaper vi anser bör förstärkas inom en organisation. Att definiera kvalitet innebär att definiera vad vi uppfattar som 'god' verksamhet, vad det är vi anser bör förbättras och vilka mål organisationen bör ha. Detta gör att kvalitet aldrig är ett neutralt begrepp. La Porta et al tar upp ett exempel. De talar om 'good government' i meningen "good-for-capitalist-development" men påpekar samtidigt att detta inte är en given definition. 'Good government' kan lika gärna uppfattas i termer av minskad ojämlikhet, ökad mångfald, demokrati, utbyggd välfärd etc. (1998:2-3). Så är det också med begreppet kvalitet, det kan stå för vitt skilda åsikter, världsuppfattningar och demokrati- eller organisationssyner.

Något som rör till det i debatten är att olika former av konkret kvalitetsarbete ofta refereras till som bara kvalitet, vilket innebär att det som egentligen är en viss typ av metod för att uppnå kvalitet kallas för egenskapen kvalitet. Målet likställs med metoden. Detta beror på att det finns ett samband mellan vilken typ av kvalitet man eftersträvar och det system man samtidigt implementerar för att mäta och förbättra kvalitet. Hansson anser att de metoder som används i en organisation utarbetas och operationaliseras i en process som inte går att särskilja från

utarbetningen och definitionen av vad det är som skall mätas dvs. kvalitetsbegreppets mer normativa sida:

“Often, these indicators are being defined and operationalized in a process that is inseparably connected with the definition of performance and the installation of a management system to measure that performance.” (Hansson 2001:60).

Väljer man att implementera styrmetoder hämtade från näringslivet kommer också det sätt på vilket man mäter resultat och kvalitet att hämtas från näringslivet. Detta gör att det inte är helt lätt att skilja på kvalitet som en egenskap och kvalitet som något mer konkret i diskussionen. Kvalitet är således en form av idémässig så väl som beteende-struktur (Johnson 2002:101) och därför är dessa konkretiseringar (kvalitetsarbetet) alltid mer än enbart tekniska lösningar.

Konkretisering av idén går inte alltid att särskilja från själva idén, särskilt inte ute ‘på golvet’. Eftersom arbete och idé hänger tätt ihop, kommer uppsatsen inte bara behandla idén eller begreppet kvalitet utan även dess metoder. Syftet är att diskutera hur kvalitet ser ut i offentlig hälso- och sjukvård idag, något som berör både kvalitetsbegreppets konkreta och abstrakta sidor. Således ligger fokus på hur kvalitetsidén ser ut i hälso- och sjukvården, vilka värderingar det är som ligger till grund för den, men samtidigt också på hur detta uttrycks i praktiken i kvalitetsarbetet.

Kvalitet talas här om som förändring för att indikera att det är en lång utvecklingsprocess som avses. Ordet reform används också, vilket oftast indikerar mer avskilda förändringar så som införandet av nya kvalitetsrutiner.

2.2 Nyinstitutionalism

Politisk teori har under 1900-talet främst präglats av ett rationalistiskt tänkande där förändring ses som resultatet av individers beslut och organisationer som neutrala arenor för politiken att utspela sig i. Nyinstitutionalismen utgår ifrån att det sätt på vilket samhället är organiserat kommer att påverka hur förändring uppkommer, sker och stabiliseras. Organisationer är inte neutrala arenor utan komplexa system inom vilka självständiga intressen skapas (Scott 2001:34). Handling, och därmed förändring, kan uppstå som ett resultat av tidigare val (path dependency), av skäl som har med processen snarare än utfallet att göra, av symboliska snarare än rationella skäl (March & Olsen 1983:734-736).

En av grundtankarna inom nyinstitutionalismen är att organisationer är något mer än resultatet av individers samlade preferenser. De kan fungera enligt en egen logik där vissa handlingsmöjligheter underlättas medan andra försvåras eller omöjliggörs p.g.a. värdemässiga strukturer, legitimitetsgrunder, tidigare val, historisk spårbundenhet etc. På så sätt skapar institutioner ett ramverk inom vilket förändring sker, något som omfattar inte bara reglering och resursfördelning men också kulturella och normativa referensramar. (Erlingsdottir 1999:16f, Meyer & Rowan 1991:41f, Scott 2001:48f). En organisation är visserligen en samling

individer men tillsammans med de värderingar, rutiner och traditioner som styr deras arbete skapas en enhet med en egen inneboende logik. En institution är således en samhällelig struktur med viss varaktighet som resulterat i ett beteende eller en uppfattning som tas för given. En institution kan vara en idé som skapar en form av organisation eller beteende och inordnar dessa i en kontext (Jacobsson 1993:2).

Det finns klara paralleller till aktör-strukturdiskussionen (se t.ex. Johnson 2002). Institutionerna är det i samhället som avgör hur vi beter oss och vilket beteende som uppfattas som lämpligt i en viss situation. De är en sorts strukturer som påverkar individens eller organisationens handlingsmöjligheter. Nyinstitutionalismen utgår ifrån ett integrerat synsätt där förhållandet mellan aktör och struktur är dynamiskt. Institutioner påverkar aktörer men aktörer påverkar i sin tur institutionerna. Struktur ses, i likhet med Giddens struktureringsteori, som något skapat av aktören och beroende av att aktören genom sitt beteende upprätthåller strukturen. Men strukturen kan ändå forma aktörens handlingsmöjligheter och sätta ramarna för hur förändring sker och uppfattas (Rothstein 1988:1f, Tolbert & Zucker 1996:180, March & Olsen 1983:738) antingen på ett mer konkret sätt (beteendestruktur) eller ett mer abstrakt (idémessig struktur) (Johnson 2002:101). Detta kan ske bl.a. genom att strukturen påverkar vad aktören *kan* göra dvs. fysiska eller juridiska begränsningar, hur aktören *förstår* en situation och vad aktören *vill* göra dvs. dess mål och ambitioner (Lundquist 1987:43). Institutioner är således viktiga som preferensskapare. Aktörernas ambitioner och mål skapas inom den institutionella miljön och det är rimligt att anta att detta påverkar hur förändring sker.

Det finns många aktörer på olika nivåer inom organisationen. Sjukhusen kan ses både som strukturer och aktörer beroende på perspektivet. Då t.ex. professioner diskuteras blir sjukhuset snarast den struktur de verkar inom men sjukhusen kan också ses som mer eller mindre självständiga aktörer i samhället i stort eller som del av en viss institutionell sfär.

2.3 Institutionen - bärare av värderingar?

Värderingar och normer har en central funktion i institutionaliserade organisationer (Scott 2001, March & Olsen 1983) och är av vikt för hur både förändring och handling utformas. Scott för ett intressant resonemang kring de mekanismer genom vilka institutioner verkar, upprätthålls och förändras. Han menar att institutioner består av en kombination av reglerande, normativa och kultur-kognitiva element som påverkar individer och organisationer genom att sätta ramarna för ontologi och lämpligt beteende (Scott 2001:55f).

Scotts resonemang bygger på en diskussion om institutioner och organisationer som symbolladdade. Meyer och Rowan (1991:43) menar att det problematiskt att utgå ifrån att organisationer agerar rationellt. Organisationer kan agera enligt en struktur dvs. att verksamheten sker så som den beskrivits på papper, att regler och procedurer följs. I själva verket är så inte fallet, menar de,

utan det finns skillnader mellan hur en organisation fungerar formellt och informellt. Verksamheten sker inte alltid enligt de formella regler och strukturer som ligger till grund för den, vilket leder till att:

“formal structures have symbolic as well as action-generating properties. In other words, structures can become invested with socially shared meanings, and thus, in addition to their ‘objective’ functions, can serve to communicate information about the organization to both internal and external audiences.” (Tolbert & Zucker 1996:177).

Rationella effektivitetskriterier står ofta i motsats till strävandet efter legitimitet och hamnar således i skymundan (Meyer & Rowan 1991:41). Organisationer kan förändra sin struktur utan att ett egentligt/funktionellt behov för detta finns. Förändring kan istället genomföras för att ge omgivningen ett visst intryck, genom reform kan man sända signaler om effektivitet och ändamålsenlighet. Strukturer ges mening i samhället, t.ex. anses vissa anställningsformer vara mer rättvisa, något som leder till att organisationer använder dessa ‘recept’ för legitimitets-snarare än effektivitetshöjande syften. Detta perspektiv kastar om den mer ekonomisk-rationella logiken där organisationer antas förändras enligt vad som är mer effektivt eller ger de bästa resultaten (Tolbert & Zucker 1996:177-178).

Av det nyinstitutionella resonemanget kan tre slutsatser dras: att värden och kulturella faktorer är viktiga för hur organisationer fungerar, att organisationer inte agerar rationellt samt att det kan uppstå, inte så mycket organisatoriska, som normativa konflikter när reformer genomförs. Låt oss ta värden och kvalitetsarbete som exempel. Det finns vissa organisatoriska likheter dem emellan, kvalitetsarbete är i allmänhet en strikt reglerad process med relativt omfattande ’byråkrati’. Tillvägagångssätten är inte särskilt flexibla eller öppna för egna initiativ. Just dessa faktorer brukar hos kvalitetsförespråkare pekas ut som hinder för lyckad implementering i offentlig sektor trots att de kan sägas känneteckna mycket kvalitetsarbete. Erlingsdottir menar att de normer och värderingar som legitimerar organisationer kan kollidera (1999:20) och kanske är det snarare en normativ än en organisatorisk ’mis-match’ vi ser. Att implementera ett system som strävar efter att förstärka egenskaper som inte ingår i den egna kvalitetsuppfattningen kan skapa konflikter. Det är möjligt att anta att införandet av någon typ av reform i en verksamhet bygger på en kompatibilitet som går utanför det strukturella, nämligen värdekompatibilitet.

2.3.1 Det speciella med vården

Alla organisationer ser olika ut men man kan tala om grupper av organisationer eller organisationsfält, för att använda Bordieus term. Ett organisationsfält är ett antal organisationer av samma typ vars verksamheter liknar varandra. Det kan vara sjukhus, bilfabrikanter, skolor etc. Det viktiga är att de utgår ifrån samma institutionella sfär. Erlingsdottir beskriver organisationsfält som en grupp organisationer vilka binds ihop av gemensamma institutioner. Institutionerna “flyter in och ut ur” organisationer och skapar ett system av relationer dem emellan (1999:21-22). Hälso- och sjukvården är ett sådant område som har tydliga

men särskilda institutionella förutsättningar. Detta gör att man trots olika vårdorganisationers varierande utseende och verksamhet kan tala om hälso- och sjukvården som något enhetligt. De delar samma institutionella förutsättningar. Kanske av ännu större vikt är dock det som brukar kallas organisationskultur eller organisationsidentitet och ofta uttrycks i gemensamma värderingar och förhållningssätt. Det kan definieras som "a set of values, symbols and rituals shared by the members of a certain organization" (Claver et al 1999:456).

Jämfört med tillverkningsindustrin eller andra privata organisationer, som det moderna kvalitetsarbetet ursprungligen kommer ifrån, finns vissa skillnader. Den mest uppenbara är kanske verksamhetens natur, medicinsk verksamhet handlar bokstavligen om liv och död.

Vidare är hälso- och sjukvården traditionellt inte en vinstdriven verksamhet. Resultat, produktion och vara kan inte enkelt mätas i pengar. Det kan sägas att de 'naturliga' incitamenten för kvalitetsarbete saknas då kundtillfredsställelse inte har en direkt effekt på organisationens resultat. Ökad efterfrågan är sällan ett mål i den offentliga servicesektorn. "The logic of quality", säger Donnelly, är i den offentliga sektorn snarast pervers. I näringslivet ligger det en självklar logik i att sträva efter högre kvalitet. Högre kvalitet, högre produktivitet till lägre pris ger fler kunder vilket i sin tur ger högre intäkter. För hälso- och sjukvården däremot är situationen omvänd. Fler kunder och ökad efterfrågan innebär ett ökat tryck på i många fall redan ansträngda resurser och ökad efterfrågan leder sällan till vinst (Donnelly 1999:48-49).

En organisations identitet skapas genom en process av interaktion. Organisationens specifika historia, de aktörer som verkar inom den, de olika intressen den består av och det sätt på vilket den utvecklats har samverkat till att skapa en organisation med en specifik identitet. En organisation har vissa kärnvärden som ligger till grund för dess identitet som skapar en särskild syn på externa såväl som interna förhållanden. Dessa värden skapar också ramarna för tolkningsprocesser så som översättning och meningsskapande (Selznick 1996:271).

Scott talar om *institutional agents* som faktorer som utövar ett starkt inflytande inom en organisation. En av dessa är professioner, vilka förstärker vårdens organisationsidentitet. I själva verket betraktas vården ofta som styrd av utvecklingen inom professionen (Jacobsson 1993:11). De medicinska professionerna: läkare, sjuksköterskor, psykiatriker, arbetsterapeuter osv., har en framträdande position, vilket innebär att de har stora möjligheter att påverka verksamheten. Professioner styrs genom andra processer och mekanismer än strikta regelverk. Deras inflytande fungerar främst genom att professionen etablerar ontologiska ramverk, dvs. de bestämmer inom vilka ramar verkligheten kan tolkas eller vad som skall göras, hur det skall göras och varför det skall göras (Scott 2001:129, Jacobsson 1993:11). Eller som Scott uttrycker det:

"Professionals exercise their control via cultural-cognitive and normative processes. More than other groups, 'the professions rule by controlling belief systems'" (2001:129).

Professionella organisationer skiljer sig ifrån andra på så sätt att medarbetarna har ett större inflytande över verksamheten då det är hos dem expertkunskapen ligger

(Östergren & Sahlin-Andersson 1998:17). Som regel är det också professionen som har kontroll över själva utförandet; hur en patient bemöts eller ett seminarium går till bestäms i slutänden av läkaren och universitetsläraren. Följden av detta är en stor autonomi, ofta är professionerna också självreglerande.

Hälso- och sjukvården har en lång historia och präglas av ett förnuftsmässigt tänkande eller idésystem där vetenskap och beprövad erfarenhet traditionellt sätts i främsta rummet, före organisatoriska och processuella frågor.³ Det finns också en lång tradition av intern kvalitetssäkring i form av professionalitet, legitimering. Dessa utmanas nu av ett mer externt och explicit kvalitetstänkande, ofta förpackat av managementkonsulter. I jämförelse med medicin står organisationsteori på en skakigare vetenskaplig grund, vilket gör det särskilt intressant att se hur reformer med syfte att förstärka just dessa aspekter mottas.

2.4 Att förklara förändring

En av nyinstitutionalismens svagheter är att teorier oftast behandlar organisationsfält eller grupper av organisationer. Som Erlingsdottir skriver, kan nyinstitutionell teori vara ett något trubbigt verktyg när det gäller att analysera processer på individ- eller gruppnivå. En utveckling mot analys av mer detaljerat empiriskt material har skett, särskilt inom vad som kallas den skandinaviska institutionalismen (1999:26-27). Något som den skandinaviska skolan i större utsträckning fokuserar på är förändring. Förändring har varit något av en svag punkt inom nyinstitutionell teori, traditionellt har man snarare sysslat med att förklara och beskriva stabilitet (Erlingsdottir 1999:35, se t.ex. Czarnikawska & Sevon 2003). Organisatorisk förändring initieras ofta av att en ny idé observeras, förstås och inlemmas i en organisation, för att sedan omsättas i vanemässig handling dvs. institutionaliseras. Tanken om en översättningsprocess syftar till att förklara hur sådan förändring går till genom att belysa hur organisationer tar till sig och använder nya idéer.

Kvalitetstänkande är en idé, ett organisationsrecept, om vad som är viktigt för en framgångsrik verksamhet. I forskningsläget finns en tanke om att idéer hämtas från ett visst sammanhang och frikopplas (disembedding), vilket gör att de kan appliceras på andra organisationer (reembedding). Idén reser dels genom tid och rum men också mellan olika tolkningsfält (Erlingsdottir 1999:32, Czarnikawska 1994:25). Poängen är att idéer, till skillnad från fysiska objekt, kan tolkas och förändras under spridningsförloppet. För det mesta är dessa idéer ganska otydliga och kräver därför tolkning och förtydligande för att kunna implementeras (Rövik 2000:149).

³ I Sverige har läkaryrket funnits i en något så när modern form sedan 1600-talet då de första läkarutbildningarna startades. Samma sekel bildades också den första medicinska sammanslutningen, Collegium Medicum, vilken hade rätt att kontrollera landets medicinska verksamhet samt att examinera läkarstudenter (Östergren & Sahlin-Andersson 1998:30f).

2.4.1 Översättning och tolkning

Tolkning, översättning, anpassning, omformulering, omsmältning och redigering är termer som beskriver mer eller mindre samma fenomen: att organisationer sällan eller aldrig implementerar en reform utan att först anpassa den till den egna verksamheten. Sociologen Bruno Latours översättningsmodell är en av de grundläggande. Latour beskriver idéspridningsprocessen men ser spridning som en dynamisk process där aktörerna inte enbart tar emot idéer utan också påverkar och omformulerar dem. Idéer anses inte ha någon inneboende drivkraft utan sprids vidare genom den energi som nya aktörer tillför. Dessa aktörer är dock inte passiva utan återskapar idén efter sina egna förutsättningar och ambitioner (Erlingsdottir 1999:28, Latour 1993:5f, Rövik 2000:150). Översättning eller tolkning är alltså inte en översättning ord för ord utan handlar om att göra om ett abstrakt språk (kvalitetsretoriken i det här fallet) till ett konkret språk, vilket i sin tur förs vidare till handling. Det handlar om hur en organisation skapar mening av yttre förändringar.

Enligt Latour innebär översättning inte enbart att användaren tolkar om idén, tekniken eller föremålet utan också att hennes mål kan påverkas. Resultatet av processen blir ofta att ett nytt syfte skapas som är en kombination av de mål som fanns i idén och de mål som användaren hade innan de 'möttes'. Översättning är således en dynamisk process, det är "creation of a new link that did not exist before and which modifies in part the two agents." (Latour 1993:5f).

Mål och avsikter kan utvecklas, men också sättet man arbetar eller uttrycker sig på, vilket innebär att översättning kan få mer konkreta konsekvenser än säg en diskurs- eller normförändring. Översättning kan påverka organisationer på ett mer påtagligt sätt genom att t.ex. förändra dess rutiner och arbetssätt (Latour 1993:11-12).

Sahlin-Andersson beskriver samma fenomen som 'redigering'. Organisationer redigerar reformer och ger dem nytt innehåll och mening utifrån de nya förutsättningar de adopteras i. Spridning av idéer, modeller och metoder bör således ses som:

"a continuous editing process where a history of earlier experiences is continually reformulated based on the present circumstances and visions for the future in each new setting" (1991:10-11).

Implementering påverkas av en organisations historia, nuvarande förhållanden samt syn på framtiden. Detta betyder att hur en organisation ser ut, vilka värderingar som präglar den, vilken typ av organisationskultur som finns, är avgörande för hur reformer och förändring hanteras. I hälso- och sjukvården kan vi således förvänta oss att sjukhusens organisation kombinerat med värderingar och organisationskultur styr hur kvalitetsarbetet utformas och hur kvalitetsbegreppet ser ut. Det finns två aspekter av detta, vilket är ett av uppsatsens teman: hur organisationen väljer att anpassa receptet efter verksamheten samt hur organisationen väljer att anpassa verksamheten efter receptet. Eller, vad organisationen gör med receptet och vad receptet gör med organisationen (Rövik 2000:28).

Idéspridning är en process som inte lämnar tydliga spår efter sig. Det är sällan vi kan observera några fysiska förändringar, organisationsrecept påverkar istället mindre konkreta saker så som diskurser inom organisationer, retorik och de begrepp och normativa ramar som präglar organisationen. Översättning däremot syftar till att illustrera hela förändringen från idé till institutionalisering och konkretisering. Czarnikawska och Joerges utgår ifrån detta när de utvecklar Latours översättningskoncept och menar att förändring således kan förstås dels ifrån hur idéer tolkas eller uppfattas och dels utifrån dess konkretiseringar (Erlingsdottir 1999:27). Deras idémodell bygger på ett resonemang som för samman institutionaliserings- och översättningsprocesserna. Idéer blir mer och mer konkreta allt eftersom de förs in i organisationen.

”Ideas that have been selected and entered the chain of translations acquire almost physical, objective attributes; in other words, they become quasi-objects, and then objects” (Czarnikawska & Joerges 1996:32).

Denna tanke kan appliceras på kvalitetstänkandet där idén tar konkreta former i kvalitetsarbetet. Poängen är att idéer får konsekvenser som går utöver idé- eller tankevärlden, idéerna omsätts i handling, vilket får konkreta följder för organisationens verksamhet.

2.4.2 Översättning och identitet

Hur går då översättning till mer konkret? Man kan tänka sig tre generella typer av översättning: rationell, modifierad och identitetsrelaterad. Översättning kan ske på rationell eller strategisk grund, man väljer ut de delar som anses leda till bättre resultat för den egna verksamheten eller de som är mest kompatibla med redan existerande rutiner och traditioner. Den här typen av implementering kallas också för ‘rational shopping’, vilket innebär att organisationen vet vilken typ av lösningar den behöver och väljer därefter. Denna utveckling är väldokumenterad för offentliga organisationer (Rövik 2000:158f, Sahlin-Andersson 2000:7f).

Översättning kan också ske så att säga oavsiktligt, en reform införs i sin helhet men modifieras under vägen. Partiell implementering, eller delvis imitation, kan ske av misstag eller p.g.a. okunskap, organisationen är kanske inte medveten om konceptet i dess helhet.

Den tredje, och i vårt fall intressantaste, varianten är översättning som identitetsförvaltning. Tanken är att förändringsinitiativ anpassas till den egna verksamheten på ett sådant sätt att organisationens identitet bevaras (Rövik 2000: 152-154). Rövik pekar på en form av översättning som han kallar omsmältning. Omsmältning innebär att de olika reformer en organisation tar upp omformuleras till något mer enhetligt, en ny enhet. Tanken är att helt nya former av organisation kan uppstå som en följd av möten mellan olika typer av strukturer/koncept men ändå med en viss värdegrund (Rövik 2000:158f). Här skulle detta innebära att kvalitetstänkandet anpassas till hälso- och sjukvårdens organisationsidentitet.

Guje Sevón menar att översättning kan leda till rakt motsatt konsekvens: att organisationsidentiteten förändras. Sevón utgår ifrån att översättning är en slags

imitation, organisationer tar till sig framgångsrika idéer och reformer från liknande organisationer. Genom att specificera vilka dessa organisationer är jämför man den egna verksamheten med dessa. Jämförande är en del i en identitetskonstruktion, man identifierar vilken typ av organisation man är och vilken typ som eftersträvas (Sevon 1996:57f). Genom att införa metoder och jämföra dem med näringslivet har man på sätt och vis positionerat sig inom vården. Kvalitetsidéen kan således ses ur ett identitetsskapande perspektiv, arbetet kan påverka hälso- och sjukvårdens organisationsidentitet till något förändrat.

2.5 Sammanfattning

Kvalitet är något som har en konkret och en abstrakt sida. Det kvalitetsarbete som börjat införas i offentlig verksamhet har en ideologisk eller normativ sida, vilket avspeglas i kvalitetsbegreppet. Dessa är svåra att skilja åt, särskilt 'ute på golvet' i verksamheterna. För att kunna studera hur en idé mottas och konkretiseras konstrueras ett teoretiskt ramverk med utgångspunkt i nyinstitutionalismen.

Organisationer ses som något mer än enbart individers samlade preferenser. De ses som del av en större struktur, den institutionella miljön, där vissa värderingar och rutiner skapar en specifik organisationskultur – eller identitet. Denna identitet innebär att varje förändringsidé tolkas utifrån dessa specifika förutsättningar. I hälso- och sjukvården är de normativa och organisationsmässiga, professionerna har ett stort inflytande, vilket avspeglas i en etisk dimension så väl som i en relativt decentraliserad och autonom verksamhet. Verksamhetens natur och det faktum att det inte är en vinstdrivande verksamhet ger vissa villkor. Organisationer kan alltså vara bärare av värderingar, vilket innebär att det finns en risk för normativa konflikter då förändring med ett annat normativt innehåll genomförs.

Kvalitetsarbete kan sägas vara en sådan förändring och för att bättre studera hur sjukhusen tar till sig, anpassar, uppfattar och använder denna idé används översättnings- eller tolkningsbegreppet. Översättningsbegreppet är viktigt eftersom det illustrerar hur förändring kan ske från idéspridning till konkretisering och institutionalisering. Just detta är viktigt eftersom det inte enbart är kvalitetsidéns spridning som studeras utan även dess mer konkreta uttryck i form av olika metoder, system och rutiner. Det är en dynamisk process och det finns två aspekter av detta: hur sjukhusen påverkar förändringen dvs. hur de anpassar kvalitetstänkandet efter den egna verksamheten men också hur förändringen påverkar sjukhusen dvs. hur kvalitetstänkandet utvecklar vården. Kort sagt, är syftet med översättningsdiskussionen att kunna tydliggöra hur förändringsimpulsen möter de organisations specifika förhållanden som struktur, rutiner, normer och kultur, samt hur detta avspeglas i 'slutresultatet'.

3 Kvalitet i svensk hälso- och sjukvård

Följande kapitel är huvudsakligen en redogörelse av det empiriska materialet från intervjuer och dokument. Det kommer att diskuteras med stöd av den mer empiriskt inriktade delen av forskningsläget och delas upp i tre delar. Dessa berör verksamhetens natur och produktion, strukturella faktorer så som frånvaron av en stark ledning och övergripande strukturer samt värderingar där kvalitets- och kundbegreppen fokuseras.

Kvalitetsarbete har vuxit fram i svensk hälso- och sjukvård under framförallt 1990-talet. I samband med ett antal ESO-rapporter i slutet av 1980-talet ville man kartlägga hur kvaliteten i offentlig sektor förändrats (Larsson 1993:5f). Kvalitetsarbete i offentlig sektor utvecklades således först som en lösning på problemet om hur man skulle *mäta och jämföra* kvalitet. ESO-rapporterna föreslog olika nyckeltal som en utgångspunkt för mätningarna, vilket ledde till att begrepp som effektivitet, produktivitet, kvalitet och kontroll blev allt viktigare (Erlingsdottir 1999:55f, Ds 1994:23 s 7f).

Den svenska hälso- och sjukvården (landstingen) utgår ifrån ett kvalitetssystem kallat QUL; Kvalitet, Utveckling och Lärande, vilket är en anpassning av den mer övergripande approachen TQM; Total Quality Management.⁴ TQM är en managementfilosofi där kvalitetsarbete ses som grundläggande för all verksamhetsutveckling. Det beskrivs enklast som ett paraplybegrepp under vilket ett antal olika kvalitetsmetoder återfinns. Totalkvalitet inom vården kan definieras enligt tre dimensioner: teknisk/medicinsk kvalitet, systemkvalitet och kundkvalitet. Enklare uttryckt handlar det om att tillfredsställa tre gruppers behov: kunder/patienter, personal och ägare/samhälle (Allas delaktighet...s 5). Modellen utgår ifrån tretton olika värderingar⁵, vilka tillsammans skapar en genomgripande plan för verksamhetsutveckling. Dessa punkter är inte specifikt utformade för hälso- och sjukvården utan används i andra offentliga organisationer så väl som privata företag. De är utformade av SIQ (Institutet för Kvalitetsutveckling) som en del av det kvalitetssystem som kallas Utmärkelsen Svensk Kvalitet (Om SIQ, www.siq.se).

QUL kan på så sätt stå för en typ av kvalitetstänkande som behöver anpassas ytterligare till vården. Tre aspekter av verksamheten är viktiga för detta; hur

⁴ Grundläggande styrdokument inom vården är också Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetssystem och Riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, enligt Prioriteringsutredningen och Prioriteringsbeslutet (Utvecklingsguide s 3).

⁵ Dessa värderingar är kundorientering, engagerat ledarskap, allas delaktighet, kompetensutveckling, långsiktighet, samhällsansvar, processorientering, förebyggande åtgärder, ständiga förbättringar, lära av andra, snabbare reaktioner, faktabaserade beslut och samverkan.

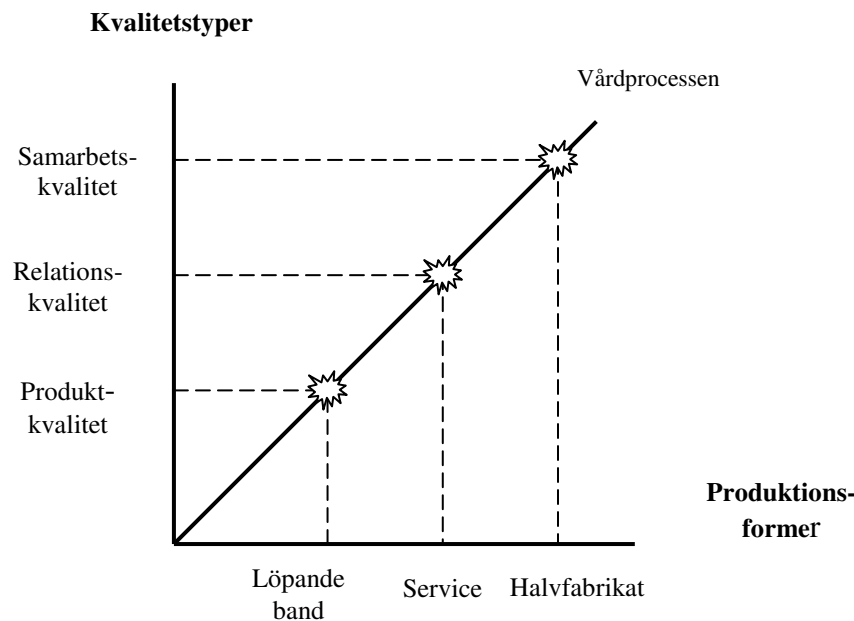
kvaliteten är uppbyggd, hur organisationen ser ut samt hur organisationens normativa ramverk påverkar arbetet.

3.1 Inte bara en sorts kvalitet

Den första aspekten av hur kvalitetsarbetet påverkas av vårdens förutsättningar rör vad man kan kalla kvalitetens natur, vad är det och kan vi mäta den?

Hälso- och sjukvården är ett diversifierat organisationsfält där olika typer av produktion kan förekomma inom samma organisation, vilket leder till att kvalitetsbegreppet blir något spretigt då det kan variera med vilken typ av tjänst eller vara det är som produceras. Hälso- och sjukvården kan grovt delas in i tre typer av produktion, vilket ger tre typer av kvalitet. Tänk er en kvalitetskurva enligt nedan där en viss produktionsform ger en viss kvalitetstyp. Diagrammet visar inte olika kvalitetsformers ökande lämplighet utan snarare en viss utvecklingstendens.

Figur 1.



I det första steget pågår en viss serietillverkning av vård. Det handlar till största delen om standardiserade processer så som operationer. Dessa utförs likadant varje gång, tar ungefär lika lång tid och följer samma mönster. Processen här kan liknas vid någon form av löpande bandtillverkning och kvalitetsbegreppet blir en produktkvalitet.

En stor del av vården handlar dock snarare om någon form av tjänste- eller serviceproduktion. I dessa situationer är kvaliteten relationell och kan kallas relationskvalitet. Ett besök hos en läkare är en form av konsultation och bygger på

ett samtal där både läkare och patient deltar, vilket kan liknas vid banktjänster och andra serviceformer.

Slutligen finns en form av vårdverksamhet som blir allt vanligare och som rör sig om ett samarbete mellan patient och vårdare. Diabetespatienter är ett bra exempel. Med hjälp av en blodsockermätare utdelad av sjukhuset kontrollerar de sina blodvärden och medicinerar sedan i stor utsträckning sig själva. Denna verksamhetsform kan närmast jämföras med Ikeas typ av "halvfabrikats"-verksamhet och kvalitetsbegreppet handlar om samarbete (Henriks).

I varje typ av produktion är det en viss kvalitetsaspekt som är viktig. Säg att man vill utvärdera höftledsoperationer, en standardiserad process utan särskilt stor insats från patientens sida, och väljer att fokusera på relationell kvalitet. Resultatet kommer bli en utvärdering som fokuserar på en aspekt som inte är särskilt relevant för sammanhanget, för att få en tydligare bild av kvaliteten hade det varit mer lämpligt att fokusera på produktaspekten. Validiteten blir likaså lägre om t.ex. diabetesvården skall utvärderas och man väljer att göra det utifrån produktkvalitet. Den tekniska utrustning som används av patienten kan få toppbetyg men om man inte utgår ifrån samarbetsaspekten och ser hur patienten använder utrustningen, hur information och hjälp från vårdens sida sett ut, hur han/hon mår, får man ett resultat som inte säger särskilt mycket om något.

Det finns alltså olika sorters kvalitet. En grundläggande uppdelning är kvalitet på tjänster och kvalitet på varor, vilket beror på produktens natur. Tjänster är abstrakta på så sätt att de inte tar formen av ett objekt eller en sak. De skapas i samma ögonblick som de utförs och försvinner sedan, produktion och konsumtion sker samtidigt. Varje gång en tjänst utförs ser den olika ut beroende på individer, förutsättningar, omgivning etc. (Rowley 1998:2f). Kvalitetstyperna kan vara svåra att särskilja, produkt- och servicekvalitet flyter ofta ihop i tjänsteorganisationer (Lagrosen & Lagrosen 2003:371). Kategoriseringarna är därför inte slutna i diagrammet, utan vården kan röra sig längsmed kvalitetskurvan, med resultatet att vi också kan se blandformer.

Slutsatsen man kan dra är att *ett* kvalitetsbegrepp inte är realistiskt, i alla fall inte om det skall nå en tillfredställande validitet. Varje verksamhetsform kräver ett kvalitetskoncept anpassat efter den organisationen (Rowley 1998:7). Både kvalitetsarbetet och kvalitetsidén måste, för att fungera och uppnå någon form av varaktighet, utformas för att ta hänsyn till dessa olika aspekter av vården.

3.1.1 Kan man mäta kvalitet?

En aspekt av modernt kvalitetsarbete som av kritikerna ofta utpekats som ett problem blir särskilt tydlig i hälso- och sjukvården: som regel mäts kvalitet utifrån siffror och konkreta faktorer. 'Mjuka' värderingar och faktorer så som patientförväntningar är något som ofta är svårt att mäta och den vikt som läggs vid ekonomiska värderingar och produktivitet, i alla fall på ledningsnivå, kan leda till andra värderingar prioriteras bort. Något som kan få konsekvenser för validiteten i kvalitetsarbetet i en sådan typ av verksamhet som hälso- och sjukvården. Traditionellt har många kvalitetsförespråkare (och kritiker) menat att mer

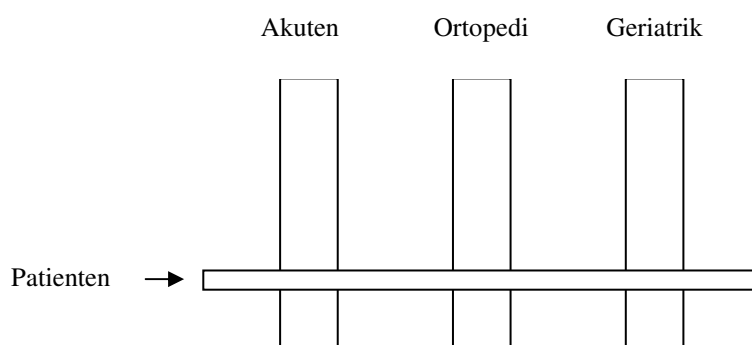
abstrakta värden så som upplevelser och uppfattningar inte går att mäta. I vården däremot utgår man ifrån det motsatta och detta kan i viss mån sägas vara nytt. Värderingar och upplevelser ges en självklar plats i utvecklingsarbetet, även om det sker med olika stor framgång på olika platser.

Vården kan ses som en verksamhet där kvantitativa faktorer har mindre betydelse för kunden, vilket beror på att till skillnad från tillverkningsindustrin är det inte en *objektiv* kvalitet så som vikt, färg eller längd det handlar om. Sjukvårdens kvalitet är vad som brukar kallas *upplevd* eller *uppfattad* (perceived) kvalitet och är inte lika enkel att mäta. Den utgår ifrån konsumentens omdöme, vilket till stor del rör sig om individens tolkning och uppfattning av en vara eller tjänst (Rowley 1998:4, Claver et al 1999:457). På Ryhov används ett antal olika kvalitetsmetoder, de balanserade styrkortet (se 3.2.2 nedan) kompletteras av något som heter Värdekompassen. Värdekompassen utgår ifrån totalkvalitetstanken men med tydligare fokus på olika åtgärders effekt för individen (RM Johansson).⁶ På Sahlgrenska planeras under 2004 en allmän patientenkät med syfte att mäta patienttillfredsställelse (SU Budget 2004:10).

Problemet som vården stöter på, och som kan sägas bero på de flesta kvalitetsmetodernas ursprung, är att indikatorer och måtten behöver utvecklas. Det finns en svårighet i att hitta lämpliga dvs. relevanta och konkreta indikatorer på framgång. De mått som används idag kan vara något ensidiga och vad som behövs är istället mått som "säger mycket om mycket". Detta är något som observerats och som en följd strävar man efter att utveckla mått som i större utsträckning är baserade på vad patienten upplever som viktigt och som säger något om hela vårdprocessen (RM Johansson, S. Johansson).

Idag mäts kvalitet ofta i ett ganska begränsat perspektiv, utifrån varje enskild enhet eller klinik snarare än ifrån patientens hela välmående och hälsa. Vården är i mångt och mycket organiserad enligt en stuprörsmodell:

Figur 2.



Strukturen är vertikal men patientens väg genom vården är horisontell, från klinik till klinik. Utvecklandet av kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården handlar i

⁶ Även andra metoder för patienterna att värdera sin upplevelse av vården, hur mkt smärta känner de, hur trygga känner de sig etc., används.

ökande grad om att utvärdera och utveckla vårdprocessen (Budget 2004...s 9). Ett led i detta är att utarbeta nya indikatorer som säger något om hela vårdkedjan. Ett exempel på ett sådant mått, som också avspeglar vad patientgruppen ser som viktigt, är blindhet vid diabetes. Om framgång mäts efter hur många som blivit blinda får man ett mått som kan vara mer relevant för patienten än siffror på t.ex. behandlings- eller väntetid. Ett annat mer helhetsinriktat mått som börjat användas på Sahlgrenska är att se hur patienten mår fem år efter behandling (Bergerling-Thorell, S. Johansson).

Fördelen med att utgå ifrån enkelt mätbara faktorer är det går att peka på var man befinner sig i relation till målen. Att mäta kvalitet blir således en fråga om avvägningar. Det man mäter blir det sätt på vilket man i praktiken definierar kvalitet och det finns, som sagt, en risk att detta kan leda till att en snedvriden bild av kvalitet och hur verksamheten fungerar skapas. Genom att i ökande grad anpassa måtten efter vad patienterna upplever som viktigt utvecklar man de kvalitativa indikatorerna och skapar ett sätt att arbeta med kvalitet som förhoppningsvis har en högre validitet så väl som reliabilitet.

3.2 Den professionella organisationen

Den andra aspekten av kvalitet i hälso- och sjukvården rör organisationstypen. Trots att de sjukhus som studeras här är organiserade på olika sätt finns det vissa återkommande organisatoriska strukturer inom hälso- och sjukvården. De bildar en viktig del av den institutionella miljön och bidrar till att kvalitetsarbete i vården kan sägas vara relativt självständigt.

Traditionellt har professionerna haft ett stort inflytande i vården, något som förstärks av att professionerna inte bara är läkare utan också sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster osv. Det normala är att chefer har medicinsk bakgrund, t.ex. är verksamhetschefer ofta tidigare överläkare, även om detta verkar vara på väg att förändras. Professionerna inom vården är relativt självständiga. De har i stor utsträckning kontroll över verksamhetens utförande och sitter inne med expertkunskapen i ämnet (Östergren & Sahlin-Andersson 1998:17). Den professionella organisationen är dock ingen utopi, vilket det ibland framstår som hos kvalitetskritikerna. Hälso- och sjukvården präglas av ett tydligt revirstänkande, vilket kombinerat med en relativt hierarkisk organisation försvårar förändring och verksamhetsutveckling. Det finns också en tendens att agera efter eget huvud, vilket innebär att det blir svårare att skapa en enhetlig verksamhet (Svensson, Larkö). Professionaliteten får också konsekvenser för ledningens roll, vilken är en viktig faktor i kvalitetsarbetet.

3.2.1 Den frånvarande ledningen

Ett engagerat ledarskap är en av de värderingar som ligger till grund för QUL-programmet och något som diskuteras också i forskningsläget. Harrison och

Stupak menar att kvalitetsarbete "demands strong leadership" (1993:424) dvs. en ledning som deltar i och förmår sprida kvalitetsarbetet genom organisationen (Dewhurst et al 1999:268). Ledningen är viktig på så sätt att den har en nyckelroll när det gäller att implementera och föra förändring vidare. Den kan beskrivas som en translator eller transportör, dvs. någon som för vidare och omtolkar förändringsimpulser i organisationen (Rövik 2000:157). Det är dock svårt att skapa en stark ledning i professionella organisationer. P.g.a. professionernas roll blir organisationsförändringar mer beroende av personalens samarbetsvilja än t.ex. i det privata företaget. Verksamhetens natur, så att säga, närapå omöjliggör toppstyrning. Förankring och legitimitet är nyckelord när det gäller förändringsimplementering (Blomberg et al 1999:11, Budget 2004...s15, Östergren & Sahlin-Andersson 1998:151).

Överlag uppfattar respondenterna ledningen som mindre intresserad av att genomföra kvalitetsprogram. Det är dock viktigt att skilja på olika ledningsnivåer. Ledningen på högre och tjänstemannanivåer är överlag mycket intresserad av kvalitets- och verksamhetsutvecklingsfrågor men delegerar enligt lag ansvaret till de chefer som har det operativa ansvaret, vilka som regel är verksamhetscheferna. Hos verksamhetscheferna verkar intresset och entusiasmen betydligt svagare, något som kan bero på att den professionella anknytningen är starkare. Verksamhetscheferna är ofta mer fokuserade på den kliniska än den organisatoriska aspekten av verksamheten, vilket kombineras med en tradition att se effektivitetsproblem som medicinska och att dessa kan lösas med bättre vård snarare än bättre organisation (Larkö).

Detta påverkar kvalitetsarbetet på ett sätt som gör att den kritik som ibland riktats mot kvalitetsarbete som ett kontrollverktyg kommer lite på skam. Ett av de vanligaste verktygen för kvalitetsarbete är balanserade styrkort (balanced scorecards). Dessa används av både Ryhov och Sahlgrenska och bygger på ett system där ett antal olika dimensioner som anses viktiga för verksamheten preciseras. Personal, process, patient, ekonomi samt forskning, utveckling och utbildning på Sahlgrenska, kund, process och produktion, lärande och förnyelse samt ekonomi på Ryhov. Inom dessa dimensioner utarbetas sedan mätbara mål som ska uppnås. Tanken bakom balanserade styrkort är att de ska ge en helhetsbild av verksamheten och kvalitetsarbetet (Andersson, Henriks, S. Johansson).

Varje sjukhus har ett flertal olika styrkort. De utarbetas på varje nivå och ofta också för varje klinik. Styrkortet på sjukhusnivå har karaktären av ramar inom vilka de lägre nivåerna sedan utarbetar sina mål. Hur detta arbete går till och vem det är som deltar i formuleringen av ett balanserat styrkort är i stort sett upp till den enheten eller kliniken att avgöra. Verksamhetschefen är visserligen ansvarig för hela vårdkedjan men preciseringen lämnas relativt fritt till de som är ansvariga för att utföra verksamheten. Själva konkretiseringen av ett verklighetsnära kvalitetsbegrepp sker därför långt ner i organisationen. De som utför verksamheten upplever sig ha relativt stor frihet i att bestämma vad som skall ingå då det vanligaste är att diskussionen förs gemensamt (Bergerling-Thorell, Larkö, Oldaeus, Svensson). På de flesta sjukhus finns ett antal tjänster för kvalitetsarbete: kvalitetsutvecklare, samordnare, chef, koordinator osv. Överlag svarar dessa

respondenter att det inte är de som har tolkningsföreträde när det gäller mål och kvalitetsdefinitioner utan att detta huvudsakligen görs av vårdpersonalen och professionerna, vilket stöder intrycket att kvalitetsarbete till stor del sker på andra än ledningens villkor.

Att ett relativt självständigt kvalitetsarbete, åtminstone vad beträffar målen (metoderna kan vara styrda av kvalitetsproffsen), förekommer kan knytas an till de olika produktionsformer som diskuterades ovan. Ett enhetligt kvalitetsbegrepp är, som diskuterats, inte realistiskt för hälso- och sjukvården och för att nå validitet dvs. veta att man mäter rätt saker, måste det diversifieras. Följden av detta är att det blir svårt att styra kvalitetsarbetet annat än genom ramlagar och ramverksreglering. Den styrning som är möjligt bygger på samordning och meningsskapande (Blomberg et al 1999:11), vilket innebär att själva konkretiseringen måste skötas 'ute på golvet'.

3.2.2 Övergripande reglering

I den offentliga sektorn är ansvar och auktoritet som regel fördelade på ett flertal aktörer och nivåer (Coffee & Radin 1993:48f). Så är fallet också i sjukvården, något som förstärks av professionaliteten. Ett av sjukvårdens organisatoriska karaktärsdrag är frånvaron av övergripande strukturer. Med strukturer avses här gemensamma, formella rutiner, regleringar o.dyl. Dessa kan omfatta allt från verksamhetsutveckling till mer konkreta saker som dokumentation och journalhantering. Naturligtvis finns det vissa strukturer, t.ex. har rutiner för dokumentation utarbetats under senare år (S. Johansson). Problemet är dock att sjukvården är en verksamhet där uppgifter utförs på ett brokigt sätt utan enhetlighet. Detta får konsekvenser för ansvarsförhållanden och utvärdering så väl som rätten till en likvärdig vård, något som ses som problematiskt.

Det kan verka besynnerligt att man i vården önskar större reglering då strukturer kan vara ett verktyg för att begränsa eller kontrollera professionernas vårdutövning (Blomgren et al 1999:44). Men det är dock inte kontroll som är kärnvärdet här utan standardisering. En ökad standardisering vad beträffar rutiner och strukturer gör att man kan se var verksamheten befinner sig, mäta framsteg och göra utvärderingar. På så sätt kan patientens inflytande och insyn stärkas, vilket innebär att kontrollen ökar för vårdtagare och anhöriga men inte nödvändigtvis för politiker eller ledning. Som en respondent sa, en tydlig struktur är nödvändigt för att sätta patientens behov i första rummet (Bergerling-Thorell, RM Johansson).

Den bakomliggande argumentationen sker således inte ur något produktivitetssperspektiv utan snarare med grund i utvärderingstanken. Standardisering innebär att verksamheter kan utvärderas på ett helt annat sätt än tidigare, de kan jämföras och ansvarsförhållandena blir tydligare, något som skulle förstärka patientens inflytande, insynen i vården samt säkerställa likabehandling, säkerhet och demokrati i verksamheten. Det verkar alltså som att kvalitetsarbete uppfattas som något som faktiskt kan bidra till att förstärka de

demokratiska aspekterna och värdet för patienten snarare än, som det ofta antas, det motsatta.

3.3 En medicinsk värdegrund

Här diskuteras den normativa och kultur-kognitiva aspekten av kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Kvalitetsbegreppet sätts in i sin vårdmässiga kontext där vissa kärnvärden som verkar specifika för vården lyfts fram.

Värderingar är viktiga därför att hälso- och sjukvården, liksom annan offentlig verksamhet, har ett bredare syfte än att enbart tillhandahålla en tjänst (Donnelly 1999:48). Man har ett samhälleligt ansvar att trygga och utveckla en likvärdig vård för alla:

”public services should contribute to the development of the community, its values and the individual’s experience as a member of that community.” (Rowley 1998:2).

3.3.1 Kvalitetsbegreppet

I stor utsträckning bygger kvalitetsbegreppet i hälso- och sjukvården på de typiska faktorerna så som effektivitet, säkerhet och kontinuerlig förbättring, som ingår i QUL-modellen. QUL kan sägas vara grunden i alla fall till det officiella eller formella kvalitetsbegreppet i hälso- och sjukvården. Organisationer fungerar dock inte alltid enligt ritningarna och dessa faktorer kompletteras i verkligheten av andra mer vårdmässiga kvalitetsaspekter. Det kan sägas att hälso- och sjukvården på så sätt modifierar och vidareutvecklar det kvalitetsbegrepp som införts genom att ge det en starkare medicinsk-etisk och vårdmässig grund.

Effektivitet är en av grundstenarna i QUL och en del av kvalitetsbegreppet också i näringslivet. Här bör det dock förstås inte främst som ett sätt att tjäna pengar utan som något som till stor del är motiverat av ett förändrat samhällsklimat där kraven och förväntningarna på vården ökar samtidigt som resurserna minskar eller stagnerar. Det handlar snarare om att finslipa arbetsätten så att verksamheten kan hållas inom de ekonomiska ramarna och att allmänhetens behov kan tillfredställas (Oldaeus, S. Johansson, Budget 2004...s 9).

Dessutom verkar kvalitetstänkandet anpassat till att lösa vad som faktiskt upplevs som viktiga problem i vården idag. Processorientering är ett av QUL:s värden och något som argumenteras för från ledningshåll så väl som på lägre nivåer. Som setts fungerar vården i mångt och mycket enligt en stuprörsmodell där varje klinik är vertikalt uppbyggd medan patienten rör sig horisontellt genom vården. Två aspekter som knyter processtänkande till en mer offentlig eller medicinsk värdegrund kan förklara varför processtänkandet anammats så pass enkelt i hälso- och sjukvården. Den första handlar om åskådliggörande och demokratisering och den andra om likabehandling och insyn.

Processutveckling handlar till stor del om tydliggörande, och detta åskådliggörande är en viktig mekanism ur demokratisynpunkt. Flera respondenter har påpekat att genom att kartlägga processen har man visat hur alla bidrar till slutresultatet, vilket i sin tur lett till att en större förståelse (främst hos läkare) för övriga led i vårdprocessen skapats. På så sätt, menar en respondent, kan processtänkandet kallas "ett kraftfullt demokratiseringsinstrument" (Andersson, RM Johansson, S Johansson).

Den andra aspekten rör skapandet av tydliga strukturer för ansvarsutkrävande och tydlighet. Kvalitetsarbete idag syftar till att skapa ett visst mått av standardisering genom att vårdplaner utarbetas, processer kartläggs och gemensamma verksamhets-utvecklingsmodeller införs. Detta är viktigt för kvalitetsbegreppet på grund av att det möjliggör likabehandling (Bergerling-Thorell, Larkö, RM Johansson, Utvecklingsguide s 26). Likabehandling eller rättvis och jämbördig behandling för alla patienter med samma typ av skada eller sjukdom är ett av kärnvärdena i kvalitetsidén inom vården. Jämlikhet är också centralt, att alla ska behandlas lika oavsett bakgrund eller resurser är något grundläggande. Dessa värderingar tas också upp i hälso- och sjukvårdslagen: 2 §:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).

I kvalitetsteorin är tvärfunktionaliteten viktig, en grund i TQM är att man arbetar med kunden i centrum och organiserar sig kring denna tvärs över traditionella organisatoriska uppdelningar (Harrison & Stupak 1993:421). På så sätt motverkas också det revirstänkande, främst hos professionerna, som många upplever kan försvåra hälso- och sjukvårdens verksamhetsutveckling. Samverkan är en aspekt av detta och återigen ett grundvärde i QUL där det snarast ses som en del av effektiviseringen som syftar till att förbättra kommunikationen med olika samarbetspartners för att undvika dubbelarbete och resursslöseri. En annan aspekt av detta är dock att det underlättar patientens vårdupplevelse då processen flyter på bättre (Bergerling-Thorell, Larkö, Svensson).

Kundfokuseringen är, konnotationerna till trots, en nyckel till varför kvalitetsarbetet är på väg att, eller har, institutionaliseras i vården. Detta diskuteras dock mer utförligt nedan. Till de mer typiskt vårdmässiga faktorerna hör också patienttrygghet och säkerhet. Detta gäller både det medicinska men också omvårdnadsmässigt och på andra sätt. Det viktiga är hur patienten mår och hur han/hon uppfattar sitt möte med vården. Tillgänglighet kan också läggas till det officiella kvalitetsbegreppet, men kan sägas vara ett krav från allmänhetens sida som avspeglas i kvalitetsbegreppet (Henriks, RM Johansson, Bergerling-Thorell, Larkö, Utvecklingsguide s 13).

Det intressanta här, menar jag, är att hälso- och sjukvården i stor utsträckning anammat det kvalitetsbegrepp som förts in i organisationerna men gjort det utifrån andra grunder är de ursprungliga. Genom en anpassningsprocess har vården getts en mer vårdmässig kontext.

3.3.2 Kundbegreppet

En av de diskussioner där konflikten näringsliv-sjukvård, marknad-offentligt syns tydligast är i frågan om vad patienten är; är han/hon patient, vårdtagare eller kund? Kritikerna menar att genom att kalla patienten för kund reduceras individens del i processen, dessutom sänder det signaler om att hälso- och sjukvård är en vara som kan köpas och säljas precis som vilken annan vara (se t.ex. Keaney 1999). Det finns olika åsikter om detta, vilket också syns i det empiriska materialet. Samtidigt är gränsdragningarna inte helt enkla. Det finns en akademisk diskussion om kundbegreppet i offentlig sektor, vilken går ut på att kunden i offentlig verksamhet är otydlig. Är det samhället, finansiärerna, patienten, personalen osv.? (se t.ex. Dewhurst et al 1999:268, Donnelly 1999). I forskningsläget menas ofta att man i offentlig verksamhet har svårt att identifiera vem kunden är (Hazlett & Hill:4). Här råder det dock ingen tvekan, varken på högre eller lägre nivåer, om att om det är någon som är kund så är det patienten (Bergerling-Thorell, RM Johansson, Oldaeus, Svensson).

Kunddebatten verkar ha nått olika långt ute på sjukhusen. Särskilt tydlig är skillnaden mellan olika nivåer på sjukhusen, ju högre upp desto tydligare hörs överlag kundretoriken. Kundbegreppet, eller en medvetenhet om detta, märks tydligare ju längre upp i organisationen man kommer samt hos dem som aktivt arbetar med verksamhetsutveckling. Ute på golvet används patient, inte som ett medvetet ställningstagande, utan p.g.a. tradition. Att använda kundbegreppet verkar inte ha diskuterats eller ens föreslagits och kunddiskussionen lyser med sin frånvaro ute på avdelningarna, där verksamheten faktiskt utförs i praktiken.

Överlag finns dock en tendens att se det positiva i kundbegreppet även om invändningar också görs. Patienten som kund anses ha vissa fördelar. För det första ger det patienten en annan makt eller inflytande, vilket saknas hos patienten. Att kalla individen för patient kan leda till en passivisering där individen tar emot vård utan att ha något att säga till om. Som kund däremot måste individens önskemål i större utsträckning tillgodoses. Det finns en tanke bakom kundbegreppet om att det är individen som har makten att välja och att verksamheten går ut på att tillfredsställa kundens behov. Det är just denna aspekt som överlag uppfattas som något positivt av respondenterna. Kundbegreppet uppfattas också som bredare än patientbegreppet, i begreppet patient rymms bara vårdtagaren medan kund kan fler grupper så som samhället i stort, socialtjänsten etc. vara (Andersson, Bergerling-Thorell, Henriks).

Det andra argumentet för patienten som kund har med effektivitet att göra. Det finns en allmänt utbredd uppfattning att sjukvården behöver effektiviseras och struktureras bland vårdpersonal och att tala om kunder skulle då leda till att man tvingas skärpa upp rutinerna. Det ligger andra krav på bemötande och effektivt i en kundinriktad verksamhet. Kundretoriken kan således användas som ett verktyg för vårdpersonalen att stärka patientfokus både normativt och resursmässigt. Som en respondent sa, att tala om kunder kan på så sätt vara ett sätt att undvika att man hamnar i en klassisk 'organisationsfälla', där organisationen utgår ifrån sig själv och mer eller mindre glömmer bort varför och för vem den finns (Andersson, S.

Johansson). Samtidigt finns en viss försiktighet kring detta, man ser det som en utmaning (SU budget 2004:5, 13).

3.4 Sammanfattning

Kvalitet kan inte definieras, säkerställas eller utvecklas på ett enkelt sätt inom hälso- och sjukvården. Detta beror på att det inom fältet finns olika typer av verksamhet och därmed olika typer av kvalitetsbegrepp. Dessa delades in i tre kategorier. Löpande band-vården, t.ex. höftoperationer, ger en kvalitet där det är produkten som är det centrala. I service- eller tjänsteformen, som är huvuddelen av vården, är det istället relationsaspekten som står i fokus. Den tredje typen av kvalitet är en samarbetskvalitet som kommer av en vårdform liknande IKEA:s verksamhet. Variationen avspeglas både i kvalitetsbegreppet och arbetet.

Frågan om kvalitet kan mätas ställdes också, vilket är relevant då kvalitet i vården huvudsakligen är relationell och samarbetsmässig dvs. beroende av icke-konkreta och kvantifierbara faktorer. Det kan sägas att hälso- och sjukvården anpassar kvalitetsarbete till den egna verksamheten på ett ganska nytt sätt genom att utgå ifrån att 'mjuka' värden kan mätas. Man utvecklar indikatorer som i större utsträckning bygger på kärnan i vården, vad patienten upplever som viktigt och helhetsresultatet.

Sedan diskuterades hälso- och sjukvårdens strukturella aspekter eller den institutionella miljön som de också kan kallas. Professionerna har traditionellt ett stort inflytande och påverkar på så sätt både kvalitetsbegreppet och arbetet. De förankrar kvalitetssynens medicinska och etiska grund samtidigt som de kan försvåra införandet av reformer så som kvalitetsarbete. Detta beror på vikten av förankring och legitimitet samt en tradition av att betrakta organisationsfrågor som mindre viktiga.

Traditionellt är ledningen också relativt svag, något som är vanligt om inte oundvikligt i professionella organisationer. En engagerad ledning är ett av de moderna kvalitetsarbetets grunder, men dess frånvaro får snarast positiva effekter i hälso- och sjukvården. Kvalitetsarbetet förs längre ned i organisationen och dess konkretisering i form av t.ex. balanserade styrkort utförs till stor del av vårdpersonalen, vilket också återverkar på kvalitetsbegreppets utformning. Det kan verka paradoxalt att det samtidigt finns en strävan efter större standardisering. Detta beror dock på att man genom att skapa ett enhetligt arbetssätt vill förstärka utvärderingsmöjligheterna samt patienters insyn och förutsättning för likabehandling.

Slutligen diskuterades den institutionella miljöns normativa aspekter och hur dessa påverkar kvalitetsbegreppet. Den formella kvalitetssynen i hälso- och sjukvården bygger på QUL men kompletteras i praktiken av ett antal mer etiska och medicinska värderingar så som likabehandling och patienttrygghet. Att patienttänkandet är starkt illustreras i kunddiskussionen. Kundbegreppet har gjort sitt intåg men används till större delen i ledningssammanhang. I praktiken är det

patienten som dominerar men man ser också de positiva aspekterna av att tala om kunder. Kunden kan förstärka patientens initiativkraft och rättigheter.

4 Resultatdiskussion

Kvalitetsarbetet bör ses som en pågående process. De värderingar eller aspekter som syns i t.ex. de balanserade styrkortet ändras då styrkortet omarbetas med jämna mellanrum. Det är kontinuerlig förändring vi talar om och kvalitetsplaner av olika slag beskrivs bäst som ”levande dokument”. Detta innebär att det vi kan säga om kvalitet i hälso- och sjukvården inte är skrivet i sten, utan en bild av vart utvecklingen är på väg.

Uppsatsen kretsar kring två frågeställningar. Den första berör vad det är för typ av kvalitetsarbete hälso- och sjukvården bedriver idag samt hur detta påverkats av den vårdmässiga kontexten i form av struktur, kultur och värderingar. Det andra problemet fokuserar på det normativa inslaget i utvecklingen och ställer frågan om vi ser en konflikt mellan det mer ekonomistiska och hälso- och sjukvårdens idésystem?

4.1 Kvalitet och värderingar

En av uppsatsens teoretiska utgångspunkter är att organisationer inte är neutrala utan värdebärande strukturer som skapar en egen ’logic of appropriateness’. I detta ligger att en organisations utvecklingsmöjligheter påverkas av bl.a. tidigare val, traditioner och organisationskultur. Det faktum att vårdorganisationer som regel är professionella innebär att kvaliteten måste anpassas till en viss organisationsstruktur och en viss värdegrund för att kunna fungera. I vården har ett officiellt kvalitetsbegrepp införts så att säga uppifrån, vilket bygger på SIQ:s kvalitetsnorm QUL. Den uppfattning av god verksamhet som ryms i detta modifieras dock genom att man i praktiken inför ett antal andra, mer medicinska och etiska värderingar så som patienttrygghet, likabehandling och jämlikhet.

Normsystem och värderingar påverkar hur man i organisationen ser på förändring, strukturell så väl som normativ. För att knyta an till den föreliggande teoretiska diskussionen kan man säga att kvalitet i hälso- och sjukvården är ett tydligt exempel på hur organisationens normativa och kultur-kognitiva ramverk styr uppfattningen av en förändringsidé. Dessa faktorer måste tas hänsyn till för att förändring ska kunna förklaras och förstås på ett tillfredställande sätt

“Reorganization of a department or section of a public agency is not merely a technical issue of organizational design, with the best qualified people; it is also a matter of social interventions, which change depending on the assumptions that are shared.” (Claver et al 1999:456)

Det intressanta är att det resultat man kan förvänta sig; att bristande värdekompatibilitet mellan kvalitetsarbete och vårdverksamhet skulle leda till problem och konflikter, till stor del uteblir. Vid första anblicken verkar ju, som redogörs för i inledningen, en normativ konflikt finnas; kvalitetsidén bygger på näringslivets villkor och betonar värden som produktivitet, effektivitet och kunder, något som verkar ligga långt ifrån vårdens utgångspunkter. Det har dock visat sig att denna konflikt inte är så omfattande som man kan tänka sig, rent av att den på många håll lyser med sin frånvaro. Detta, menar jag, kan förklaras med att det trots allt finns en viss värdekompatibilitet mellan kvalitetsarbete och hälso- och sjukvården, skapad genom översättningsprocesser.

Översättning sker stegvis, en idé når någon i organisationen först och förs sedan vidare. I varje steg omtolkas idén då den når nya aktörer. Således kan vi tala om en *översättningskedja*. En översättningskedja kan förklara de nivåskillnader som setts i materialet. Den ekonomiska retoriken verkar i stor utsträckning bara existera på ledningsnivå även om andra nivåer är medvetna om den. Det är på ledningsnivå det ekonomiska ansvaret ligger, verksamhetschefen t.ex. har ansvar för att klinikens budget går ihop, och på lägre nivåer ser man betydligt mindre av detta. När kvalitetsbegreppet tolkas från nivå till nivå, t.ex. i arbetet med balanserade styrkort, försvinner det ekonomiska inslaget allt mer ju längre nedåt man rör sig. Följden av detta kan ses som en bromsningseffekt, idén tenderar att få mindre långtgående konsekvenser då den redan formulerats om ett antal gånger (Rövik 2000:156f).

Översättningsprocessen är dock något mer än enbart en förtunning av originalidén. Enligt Latour har översättning en dynamisk effekt, den påverkar både aktör och idé, vilket tenderar att leda till att ett nytt syfte, en ny "länk", skapas. Kvalitetsarbete i hälso- och sjukvård är, även om det på ytan liknar mycket privat kvalitetsarbete, annorlunda. Det bedrivs utifrån en annan värdegrund, vilket avspeglas i det konkreta arbetet. De indikatorer som används, och synen på vad man mäter, är utarbetade med det medicinska och professionella ramverket som grund. Denna 'omsmältning' av förändringsidén har resulterat i ett unikt sätt att se kvalitetsarbete, vilket tar sig uttryck i vad en av respondenterna kallade ett gemensamt språk.

4.2 Ett gemensamt språk

Att hälso- och sjukvården tagit till sig en hel del av näringslivsretoriken kan verka förvånande, särskilt mot bakgrund av de kritiska åsikter som redogjordes för i uppsatsens inledning. Det kan dock argumenteras att kvalitetstänkande, i sin nuvarande form, har en stadig grund i både demokrati- och organisationsteori. Det kan sägas att totalkvalitetstänkandet, där alla delar av en organisation anses viktiga för att skapa helhetskvalitet, avspeglar ett mer modernt sätt att se på organisationer. Det motsvarar nyinstitutionella teorier om organisationer som mer öppna system dvs. de interagerar med och påverkas av sin omgivning. Strukturella

så väl som kulturella och relationella aspekter av verksamheten ses som viktiga men också som interdependenta (Harrison & Stupak 1993:421).

Vidare kan man argumentera att just tanken om total kvalitet, som ju hälso- och sjukvården utgår ifrån i bl.a. QUL, är demokratisk. Den bygger på allas deltagande i kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling, vilket ger individer som inte befinner sig i ledningsposition en möjlighet att kontrollera eller påverka verksamheten. Det finns också en tanke inom kvalitetstraditionen om att allas *deltagande* inte alltid räcker utan att allas *motivation och vilja* att delta är viktigt (Harrison & Stupak 1993:425, Dewhurst et al 1999:270), vilket bygger vidare på diskussionen om professionernas inflytande. Utan förankring och legitimitet dvs. medarbetarnas vilja att delta rinner de flesta reforminitiativ ut i sanden. Kvalitetstanken tangerar på så sätt en viktig del av professionernas organisationssyn om att de bör inkluderas och engageras i verksamhetsutvecklingsarbete.

Den normativa konflikt som jag hade förväntat mig att se är således inte särskilt synlig, vilket beror på att man genom en anpassningsprocess lyckas använda kvalitetsretoriken till att skapa ett gemensamt språk för verksamhetsutvecklings- och kvalitetsfrågor som är speciellt för hälso- och sjukvården. Vissa kärnvärden har tagits fasta på inom kvalitetsarbetet och genom översättning placerats i en ny kontext, vilket skapat grund för framväxten av en integrerad syn på kvalitet. Dessa värden är inte nödvändigtvis ideologiskt laddade i sig, effektivitet och produktivitet blir ekonomistiska först då de prioriteras över andra kärnvärden. Genom att ge kvalitetsidéen mening i ett vårdmässigt sammanhang skapas en viss värdekompatibilitet mellan det idésystem som präglar hälso- och sjukvården och det som kvalitetsarbete bygger på.

Vidare råder ett grundläggande konsensus om att man vill förbättra verksamheten inom vården, vilket bidrar till att man fokuserat på de mer positiva aspekterna av kvalitetsarbetet. En av respondenterna påpekar att kvalitetsarbete egentligen handlar om att komma överens om målen, har man gemensamma mål spelar det sedan mindre roll vilka metoder man använder. Samtidigt finns ett visst motstånd mot kvalitetsarbete ute i organisationerna, men det är ett motstånd som verkar handla om arbetsbörda och förankring i första hand och inte ideologiska aspekter. Det framstår att det sällan är själva kvalitetsarbetet man motsätter sig utan att eventuella konflikter snarare handlar om ”kiv om finesser”, ibland motiverat av olika personliga eller maktrelaterade konflikter.

De konflikterna som funnits/finns inom vården kring begreppet kund kan ses som något som uppstod som en initial reaktion då ordbruket infördes. Det beskrivs av en respondent som en motreaktion som byggde på att man såg något negativt i att se patienten som en kund, sjukhuset som ett företag och vården som en affärsverksamhet. Det som verkar ha hänt är dock att man i viss utsträckning tagit till sig också retoriken inom hälso- och sjukvården, som setts invänder få mot att kalla patienten kund p.g.a. ideologiska skäl.

För att sammanfatta, verkar det som man i översättningsprocessen på det stora hela anammat metoderna men inte den ursprungliga ideologin. Hälso- och sjukvården använder sig av samma metoder och system som utarbetats för tillverkningsindustrin men gör det utifrån helt andra mål och värdegrunder.

4.3 Affärsverksamhet eller vård?

Det är inte helt lätt att specificera de värderingar som präglar vården. Traditionellt handlar de om medicinsk etik och en vård för alla. Men samtidigt har näringslivets retorik gjort intåg i hälso- och sjukvården och det finns de som talar om en värdeförskjutning, eller i alla fall början till en värdeförskjutning, inom hälso- och sjukvården. Detta ges stöd av att den ekonomiska dimensionen syns tydligt i kvalitetsarbete- och begrepp. De balanserade styrkortet har en ekonomisk eller resursmässig dimension och syftet med kvalitetsarbete är till viss del att effektivisera inom de ekonomiska ramar som ges. Än så länge verkar det mer ekonomiska tänkandet ha getts ett nytt sammanhang med grund i vårdmässiga förhållanden och betyder kanske, med undantag av ledningsnivå, mindre förändrad identitet och ontologi.

Utvecklingen av kvalitetsidéen i hälso- och sjukvården kan ses som den typ av översättning där förändringen omformuleras till att passa den existerande organisationskulturen och strukturen. Røvik kallade detta för omsmältning. Omsmältning innebär att reformen tillsammans med den existerande strukturen bildar något nytt, vilket kan sägas vara fallet här, men inom ramarna för den tidigare verksamheten. Översättning på det här sättet sker på ett sätt som anses ligga i linje med eller förstärka den tidigare organisationsidentiteten. Det går att argumentera för att så är fallet, kvalitetsbegreppet har onekligen utvecklats till att inkludera andra än de ursprungliga värderingar och kvalitetsarbetet har modifierats på ett liknande sätt. Det verkar således som om hälso- och sjukvården har förändrat kvalitetsarbetet.

Förhållandet mellan idé och organisation är dock dynamiskt och förändring av idéen innebär också förändring av organisationen. Översättningsprocessen kan ses också ur detta perspektiv dvs. som något som förändrar en organisations identitet och kultur. Sevón argumenterade för att modernt kvalitetsarbete kan göra detta. Grunden för verksamhetsutveckling är att mål uppställs och i denna process identifierar och jämför man sig med andra organisationer. Detta kan leda till att man börjar utvecklas mot detta ideal, och när det gäller offentligt kvalitetsarbete är det ofta vad som uppfattas som ett mer framgångsrikt näringsliv man jämför sig med. Ett sätt att se reformer som identitetsskapande knyter an till Latours tanke om att något nytt uppstår i översättningsprocess. En ny länk som modifierar både idé och aktör kan sägas vara identitets- eller preferensskapande i sig. I införandet av reformen kan det sätt på vilket aktörerna uppfattar sig själva och verksamheten förändras dvs. att det är reformerandet och därmed översättningsprocessen som är både preferens- och identitetsskapande.

Antagligen är det inte frågan om att en idé eller värdegrund ersätter den andra utan vi ser en utveckling där vården i dag präglas av den medicinska institutionella miljön parallellt med det ekonomiska och organisatoriska tänkandet. Ett maktperspektiv kan anläggas där frågan om vad kvalitet innebär ses som en kamp mellan professioner och tjänstemän (Östergren & Sahlin-Andersson 1998:130f). En del forskare, vilka betonar den strukturella aspekten, ser detta som att det finns två idésystem som båda är institutionaliserade, om än i olika stor

utsträckning, och att konflikter kommer att uppstå (Jacobsson 1993:21). Visst präglas sjukvården av dessa två idésystem; vi har sett hur de ekonomiska tankegångarna i form av effektivitets- och kundtänkande möter den medicinska miljön. Resultatet verkar dock snarare bli en hybridisering eller omsmältning än en konflikt där ett nytt kvalitetsbegrepp växer fram, färgat av båda idésystemen. Översättningsprocessen innebär ett sätt att foga samman dessa idéer och särskilt att ge de mer ekonomistiska idéerna ett nytt sammanhang.

Trots att kvalitetsarbetet anpassats till den vårdmässiga kontexten innebär detta inte att man inom hälso- och sjukvården är positivt inställd till marknadsinflytande. Kvalitetsarbete ses som ett effektiviserings- och styrinstrument som så att säga lösgjorts från sitt ursprungliga sammanhang. Detta innebär att man överlag är kritisk till ekonomistiska förändringar men att kvalitetsarbete i stor utsträckning inte uppfattas som en del av detta. Icke desto mindre ser vi början på en utveckling, tendensen är att man i allt större utsträckning talar i termer med ursprung i näringslivet och applicerar metoder och styrsätt från andra organisationsfält. Frågan inför framtiden är hur långt denna utveckling kommer att gå? Det är möjligt att de ekonomistiska dragen tonas ned men samtidigt är det också möjligt att beteendet utvecklas till att följa språket. Språket kan komma att förändra den offentliga diskursen, vilket i sin tur kan få vittgående konsekvenser. Detta sagt, är det för tidigt att säga för mycket om vartåt utveckling är på väg.

5 Avslutning

Kvalitetsarbete kan placeras in i ett större sammanhang där offentlig verksamhet i allt större utsträckning modelleras enligt företagsliknande modeller. En förändringstrend som väcker både farhågor och förhoppningar hos forskare, professioner, politiker och allmänheten. Att i ökande grad arbeta efter modeller och filosofier hämtade ifrån näringslivet innebär dock inte nödvändigtvis att offentlig verksamhet marknadsieras eller förändras på ett grundläggande sätt. Organisationskulturella faktorer skapar ett ramverk inom vilket reformer och förändringsinitiativ omtolkas och implementeras, vilket innebär att hur en organisation fungerar och vilken värdegrund den bygger på är centralt för hur förändring går. I de fall där en normativ kompatibilitet föreligger, eller skapas, blir effekten att reformer och förändringsinitiativ enklare inlemmas i den egna verksamheten.

Det är just detta vi ser i den svenska hälso- och sjukvården. Genom en översättningsprocess har kvalitetsidéerna omtolkats och anpassats till den vårdmässiga kontexten på ett sätt som innebär att möjliga normativa och organisatoriska konflikter i praktiken mer eller mindre uteblir. Detta beror på att det ekonomistiska tänkandet inte behöver innebära ett hot mot vårdens grundläggande principer. Ses kvalitetsarbetet som ett sätt att finslipa arbetsätten kan det vara ett sätt att komma tillrätta med en hälso- och sjukvård som på många sätt är i behov av förnyelse. Om sjukvården ska kunna fungera i framtiden måste den förändras på ett sätt som gör att den kan finna en plats i det föränderliga samhället. Kvalitetsarbete med fokus på effektivitet, produktivitet, processtänkande och kundorientering kan vara ett användbart verktyg på vägen mot en likvärdig vård med kvalitet för alla.

Ett sätt att göra detta är avslutningsvis att vidareutveckla kund/patientbegreppet till ett partnerskapsbegrep. I begreppet partner ligger de maktaspekter och det mer aktiva deltagande som vårdpersonalen velat ge patienten genom att tala om kunder, något som skulle kunna ge hälso- och sjukvården nya möjligheter.

6 Referenser

- Allas delaktighet i ständiga förbättringar. Utbildning för personal inom Landstinget i Jönköpings län*, 2003. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län, Qulturum.
- Blomgren, Maria – Lindholm, Cecilia – Sahlin-Andersson, Kerstin, 1999. *Att leda landsting. Styrning, samordning och ansvar i nätverk*, Stockholm: Landstingförbundet.
- Brunsson, Nils, 2003. "Organized Hypocrisy" i Czarnikawska, Barbara – Sevón, Guje (red) *The Northern Lights – Organization theory in Scandinavia*, Malmö:Liber, Oslo:Abstrakt, Köpenhamn:Copenhagen Business School Press.
- Budget 2004 med Flerårsplan 2005-2006*, 2003. Jönköping: Landstinget i Jönköpings län.
- Claver, Enrique – Llopis, Juan – Gascó, José L. – Molina, Hipólito – Conca, Francisco J., 1999. "Public administration. From bureaucratic culture to citizen-oriented culture", *The International Journal of Public Sector Management*, Vol 12, nr 5, s 455-464.
- Czarnikawska, Barbara – Sevón, Guje (red), 2003. *The Northern Lights – Organization theory in Scandinavia*, Malmö:Liber, Oslo:Abstrakt, Köpenhamn:Copenhagen Business School Press.
- Czarnikawska, Barbara – Joerges, Bernward, 1996. "Travels of ideas" i Czarnikawska, Barbara – Sevón, Guje (red), *Translating Organizational Change*, Berlin: Walter de Gruyter.
- Czarnikawska-Joerges, Barbara, 1994. *Symbolism in Public Administration Organization Studies*, Working Paper Series 1994/20, IER, Lund University, School of Economics and Management.
- Czarnikawska, Barbara, 1999. *Interviews, Narratives and Organizations*, GRI-report 1999:8, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Dewhurst, Frank – Martinez-Lorente, Angel R. - Dale, Barrie G, 1999. "TQM in public organisations: an examination of the issues", *Managing Service Quality*, Vol 9, nr 4, s 265-273.
- Donnelly, Mike, 1999. "Making the difference: quality strategy in the public sector", *Managing Service Quality*, Vol 9, nr 1, s 47-54.
- Ds 1994:23, Sven-Olof Larsson, *Kvalitet och produktivitet – teori och metod för kvalitetsjusterande produktivitetmått*, Stockholm: Finansdepartementet.
- Erlingsdottir, Gudbjorg, 1999. *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*, Lund: Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Hansson, Johan, 2001. "Quality in health care: medical or managerial?" *Measuring Business Excellence*, Vol 5, nr 2, s 60-64.

- Harrison, Stephen J. – Stupak, Ronald, 1993. "Total Quality Management: The organizational equivalent of truth in public administration theory and practice", *Public Administration Quarterly*, Winter, Vol 16, nr 4, s 416-429.
- Hazlett, Shirely-Ann – Hill, Frances, 2000. "Policy and practice: An investigation of organizational change for service quality in the public sector in Northern Ireland", *Total Quality Management*, Vol 11, nr 4-6, s 515-522.
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), 21.05.04,
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19820763.HTM>
- Jacobsson, Bengt, 1993. *Reformer och organisatorisk identitet – sjukvård i förändring*, Working Paper Series 1993/14, Lund: Lunds universitet, Institutet för Ekonomisk Forskning.
- Johnson, Björn, 2002. "Aktörer, struktur och sociala konstruktioner", *Statsvetenskaplig tidskrift*, nr 2.
- Keaney, Michael, 1999. "Are patients really consumers?", *International Journal of Social Economics*, Vol 26, nr 5, s 695-706.
- Kirkpatrick, Ian – Martinez Lucio, Miguel, 1995. *The Politics of Quality in the Public Sector. The Management of Change*, New York: Routledge.
- La Porta, Rafael – Lopez-de-Silanes, Florencio – Shleifer, Andrei – Vishny, Robert, 1998. *The Quality of Government*, Working paper nr 138, Stockholm: Stockholm School of Economics, Institute of Transition Economics and East European Economies.
- Lagrosen, Stefan – Lagrosen, Yvonne, 2003. "Management of service quality – differences in values, practices and outcomes", *Managing Service Quality*, Vol 13, nr 5, s 370-381.
- Larsson, Sven-Olov (red), 1993. *Produktivitet, effektivitet och demokrati. Tre uppsatser om förnyelse av offentlig sektor*, Rapport 1993:10, Högskolan i Östersund: FoU-enheten.
- Latour, Bruno, 1993. *On Technical Mediation. The Messenger Lectures on the Evolution of Civilization*, Cornell University, April 1993. Lund: Lund University, School of Economics and Management, Institute of Economic Research.
- Lundquist, Lennart, 1998. *Demokratins väktare. Ämbetsmannen och vårt offentliga etos*, Lund: Studentlitteratur.
- Lundquist, Lennart, 1987. *Implementation Steering. An Actor-Structure Approach*. Lund, Studentlitteratur, s 37-60.
- March, James, G – Olsen, Johan, P, 1984. "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life" i *The American Political Science Review*, 78:3, s 734-749.
- Meyer, John W - Rowan, Brian, 1991. "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony" i Powell, Walter W – DiMaggio, Paul J (red), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.
- Patton, Michael Quinn, 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3:e upplagan. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Peters, Guy, B, 1998. *Comparative Politics. Theory and Methods*, New York: Palgrave.

- Power, Michael, 1997. *The Audit Society - Rituals of Verification*, Oxford: Oxford University Press.
- Presentationskrift om SU, 21.05.04,
http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/om_su/info/presentationSU.pdf
- Radin, Beryl A. – Coffee, Joseph N, 1993. “A critique of TQM: Problems of implementation in the public sector”, *Public Administration Quarterly*, Spring, Vol 17, nr 1, s 42-54.
- Rothstein, Bo, 1988. “Aktör-strukturansatsen – ett metodiskt dilemma”, *Statsvetenskaplig tidskrift*, nr 1.
- Rowley, Jennifer, 1998. “Quality measurement in the public sector: Some perspectives from the service quality literature”, *Total Quality Management*, Vol 9, nr 2-3, s 321-333.
- Rövik, Kjell Arne, 2000. *Moderna organisationer. Trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*, Malmö: Liber.
- Sahlin-Andersson, Kerstin, 1991. *Imitating and editing success. Public agencies shifting organizational field*, EFI Research Paper 6455, October, Stockholm: Handelshögskolan, Ekonomiska Forskningsinstitutet.
- Sahlin-Andersson, Kerstin, 2000. *National, International and Transnational Constructions of New Public Management*, SCORE 00:4, Stockholm Center for Organizational Research.
- Scott, Richard W, 2001. *Institutions and organizations*, 2:a upplagan. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Selznick, Philip, 1996, “Institutionalism ‘Old’ and ‘New’”. *Administrative Science Quarterly*, 41:270-77.
- Sevon, Guje, 1996. “Organizational Imitation in Identity Transformation” i Czarnikawska, Barbara – Sevon, Guje (red), *Translating Organizational Change*, Berlin: Walter de Gruyter.
- SOF 1996:24. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården, 21.05.04,
http://www.sos.se/sosfs/1996_24/1996_24.htm
- SU Budget och Verksamhetsplan 2004 med utblick mot framtiden, 2003. Göteborg: Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Tolbert, Pamela S - Zucker, Lynn G, 1996. “The institutionalization of Institutional Theory” i Clegg, Stewart – Hardy, Cynthia – Nord, Walter (red), *Handbook of Organization Studies*, London: Sage Publications.
- Utvecklingsguide, 2003, Jönköping: Jönköpings sjukvårdsområde.
- Östergren, Katarina – Sahlin-Andersson, Kerstin, 1998. *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Internetreferenser

Om länssjukhuset Ryhov, 21.05.04,

<http://www.lj.se/extweb/index.jsp?nodeId=24481&nodeType=13>

Om SIQ, 21.05.04, www.siq.se.

6.1 Intervjupersoner

Andersson, Stellan, kvalitetsutvecklare, 16.04.04 telefon, 30.04.04 Sahlgrenska.

Bergerling-Thorell, Marie, arbetsterapeut, 28.04.04 Ryhov.

Henriks, Göran, kvalitetschef, 16.04.04, 06.05.04 Ryhov/Qulturum.

Johansson, Ros-Marie, sjuksköterska akuten, 27.04.04 Ryhov.

Johansson, Sören, kvalitetskoordinator, 30.04.04 Sahlgrenska.

Larkö, Olle, områdeschef, 03.05.04 Sahlgrenska.

Oldaeus, Göran, verksamhetschef, 06.05.04 Ryhov.

Svensson, Mikael, skötare, 30.04.04 Sahlgrenska.

6.2 Bilaga 1. Intervjuguide

Bakgrund

Hur länge har du arbetat i vården/med kvalitet?
Vilken är din roll i kvalitetsarbetet?

Kvalitetsbegreppet

Kvalitet är ett flytande begrepp. Hur går definitionsprocessen/konkretiseringen till hos er?

Tycker du att detta kvalitetsbegrepp täcker in det som är viktigt?

Vems kvalitetsuppfattning är det som avspeglas? Patienter, personal, ledningsnivå, annan?

Hur fungerar helhetskvaliteten? Är det möjligt att tillgodose alla inblandades behov?

Handlar kvalitetsarbete om mått och att mäta kvalitet? Kan man mäta kvalitet?

Organisation och strukturella faktorer

Hur går det till när kvalitetsarbetet utvecklas? Vilka är inblandade?

Hur sätts ramarna?

Hur pass stor frihet har varje enhet att anpassa kvalitetsarbetet?

Hur går det till i praktiken? Centralt samordnat, sköter varje enhet sitt? Finns utbildningar, guider, måldokument etc.?

Vad är målet med kvalitetsarbete?

Vad borde det vara?

Fungerar kvalitetsarbete i sin nuvarande form i vården? Hur ser du på de problem som utpekats i forskningsläget?

kunskapsbrist

att ledning/personal är oengagerad

resursbrist

komplikerat beslutsfattande

otydlig kund

trögrörlig organisation

etc.

Värderingar

Kan du se den konflikt mellan arbetsmetoder från näringslivet och vårdverksamhet som ibland uppmärksammas?

Ser du er verksamhet som en affärsverksamhet?

Kvalitetsarbete sägs syfta till att höja effektivitet och produktivitet. Är det så och är det i så fall lämpligt?

Vad är viktigt att satsa på? Effektivitet, produktivitet, tillgänglighet, bemötand, öppenhet, patienttrygghet etc.

Varför ska man se patienten som kund? Vad blir annorlunda?

Resultat

Vilka har resultaten av kvalitetsarbetet blivit? Några konkreta?

Hur upplever du att det fungerar överlag? Konflikter/problem?

Hur viktigt är kvalitetsarbete i er organisation?

Har kvalitetsarbetet lett till att verksamheten utvecklas åt något visst håll? Prioriteras vissa värderingar/faktorer högre?