

**Handelshögskolan**  
vid Göteborgs Universitet  
Företagsekonomiska Institutionen  
Strategisk och operativ ekonomistyrning



# **Kvalitetsskapande inom sjukvården – en studie av Reumatologen**

Examensarbete i företagsekonomi  
Magisternivå, HT-02  
Handelshögskolan vid Göteborgs universitet  
Strategisk och operativ ekonomistyrning

Handledare: Hossein Pashang  
Författare: Emma Börjeson 770814  
Jenny Holgersson 771226

## Sammanfattning

Magisteruppsats i Företagsekonomi, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet, Strategisk och Operativ Ekonomistyrning, Hösten 2002

**Författare:** Emma Börjesson och Jenny Holgersson

**Handledare:** Hossein Pashang

**Titel:** Kvalitetsskapande inom sjukvården – en studie av Reumatologen

**Problemdiskussion:** Kvalitetstänkande och kvalitetsstyrning är inom sjukvården såväl efterfrågat som ifrågasatt. Problem uppstår när någon vill ge en allmängiltig beskrivning av sjukvårdskvalitet eftersom begreppet är mångfacetterat. En extern syn på sjukvård, tillsammans med andra påverkande faktorer, har bidragit till att kvalitet har fått en mer betydande roll för organisationens konkurrenskraft. Genom privatisering och kundfokus möjliggörs en mer kvalitetsinriktad vård och synsättet innebär att kvalitetsarbetet kan fokuseras på olika aspekter.

**Syfte:** Att genom en kartläggning av kvalitetsprocesser beskriva hur Reumatologen skapar kvalitet. Vidare vill vi belysa hur kvalitet reflekteras och blir till underlag för dokumentering och rapportering.

**Avgränsning:** Vår avsikt är inte att undersöka kvalitet ur varken strategiskt eller kundrelaterat perspektiv utan att enbart se till förekomsten av kvalitetsprocesser på Reumatologen. Vi skall vidare ge en beskrivning av processerna samt de förutsättningar som är relaterade till dem.

**Metod:** Uppsatsens metodologiska diskussion har två avsnitt där det första presenterar de perspektiv vi utgått från, i form av olika antaganden om kunskapens förutsättningar. I avsnitt två beskriver vi hur datainsamlingen gått till samt hur vi försökt öka validiteten i uppsatsen.

**Resultat, slutsatser:** För att besvara frågeställningen hur Reumatologen skapar kvalitet behövs två utgångspunkter. Hänsyn måste tas till såväl respondenternas subjektiva bild av kvalitetstermen samtidigt som en objektiv bild måste beaktas för att få ett enhetligt kvalitetsskapande. Vår slutsats blir att kvalitet på Reumatologen främst skapas genom en effektivisering av processer. Det är framför allt tryck från externa aktörer och förändrade förutsättningar i omgivningen som är motiv till kvalitetsförbättring. Genom olika diskussionsgrupper reflekteras kvalitetsskapandet för att i ett senare led rapporteras och dokumenteras.

**Förslag till fortsatt forskning:** En mer omfattande undersökning där såväl strategisk nivå som patienter involveras för att få fler perspektiv på kvalitetsskapandet. På så vis kan en mer rättvisande bild av kvalitetsprocessen uppnås.

## **Förord**

Vi skulle vilja tacka alla de personer som hjälpt oss med arbetet i uppsatsen.

Vi vill framförallt tacka vår kontaktperson Olle Larkö, områdeschef på Sahlgrenska samt våra intervjupersoner på Reumatologen. Utan Er hade studien inte varit möjlig så tack för att ni tog er tid!

Vi vill dessutom rikta ett speciellt tack till vår handledare Hossein Pashang vid Handelshögskolan i Göteborg som har väglett oss genom studien och spelat stor roll för uppsatsen innehåll och struktur.

Avslutningsvis har studien varit mycket intressant att genomföra och givit oss en fördjupad kunskap i utvecklandet av kvalitet inom sjukvården.

Göteborg, den 11 januari 2003

Emma Börjesson

Jenny Holgersson

<b>1 INLEDNING</b>	<b>3</b>
1.1 INTRODUKTION	3
1.2 BAKGRUND	3
1.3 BEGREPPSDEFINITION AV KVALITET	4
1.4 PROBLEMDISKUSSION	4
1.5 UPPSTÄLLNING AV FRÅGOR	6
1.6 SYFTE	7
1.7 AVGRÄNSNINGAR	7
1.8 MÅLGRUPP	7
1.9 DISPOSITION	7
<b>2 METODOLOGISK DISKUSSION</b>	<b>9</b>
2.1 INTRODUKTION	9
2.2 METODOLOGISK DISKUSSION	9
2.3 PERSPEKTIV PÅ FÖRÄNDRING	10
2.4 DATAINSAMLING	11
2.5 VALIDITET	12
2.6 KÄLLKRITIK	12
<b>3 TEORETISKT RAMVERK</b>	<b>14</b>
3.1 HISTORISK UTVECKLING	14
3.2 TOTAL QUALITY MANAGEMENT	14
3.2.1 KUNDFOKUS	15
3.2.2 BASERA BESLUT PÅ FAKTA	15
3.2.3 FOKUSERA PÅ PROCESSER	15
3.2.4 KONTINUERLIG FÖRBÄTTRING	16
3.2.5 LÅTA ALLA DELTAGA	16
3.3 DET JAPANSKA KVALITETSBEGREPPET	17
3.4 KVALITET UR ETT AMERIKANSKT PERSPEKTIV	18
3.5 DISTINKTION MELLAN JAPANSK OCH AMERIKANSK KVALITETSSYN	19
3.6 KVALITET UR ETT TJÄNSTEPERSPEKTIV	20
3.7 DET BALANSERADE STYRKORTET	21
3.8 TQM OCH DEN OFFENTLIGA SEKTORN	21
3.8.1 PROCESSFOKUS	22
3.8.1.1 Kundfokus	23
3.8.1.2 Mål och mått	23
3.8.2 OLIKA SORTERS SJUKVÅRDSKVALITET	25
3.8.3 SAMBANDET MELLAN PRODUKTIVITET, EFFEKTIVITET OCH KVALITET	25
3.8.4 KVALITETSKOSTNADER	26
3.8.5 KVALITETSSYSTEM	26
3.8.6 KVALITETSSÄKRING	27
3.8.7 DOKUMENTATION	27

---

## **4 EMPIRISKT AVSNITT** **29**

---

<b>4.1 FÖRETAGSPRESENTATION</b>	<b>29</b>
<b>4.2 PERSPEKTIV PÅ KVALITET INOM REUMATOLOGEN</b>	<b>30</b>
<b>4.3 FÖRÄNDRING AV KVALITETSPROCESSER</b>	<b>31</b>
<b>4.4 PROCESSTÄNKANDE – UPPHOVET TILL FÖRBÄTTRINGAR?</b>	<b>32</b>
<b>4.5 MÅL OCH MÅTT – EN DEL AV KVALITETSPROCESSEN</b>	<b>34</b>
<b>4.6 KVALITETSLÖKEN – MODELLEN FÖR TOTALKVALITET</b>	<b>35</b>
<b>4.7 INITIATIV TILL FÖRÄNDRING – EN STRATEGISK ELLER OPERATIV FRÅGA?</b>	<b>36</b>
<b>4.8 ÖKAT KVALITETSMEDVETANDE - EFFEKTER AV TQM?</b>	<b>37</b>
<b>4.9 KOSTNAD, PRODUKTIVITET, EFFEKTIVITET - EN DEL AV KVALITETSASPEKTEN</b>	<b>38</b>
<b>4.10 DOKUMENTATION I VÅRDEN – I VILKEN UTSTRÄCKNING BEHÖVS DEN?</b>	<b>40</b>

---

## **5 ANALYS AV EMPIRISKT MATERIAL** **42**

---

<b>5.1 BEGREPPET TQM – IMPLEMENTERING, UPPFATTNING OCH PERSPEKTIV</b>	<b>42</b>
<b>5.2 TQM OCH DESS TILLÄMPNING PÅ REUMATOLOGEN</b>	<b>43</b>
<b>5.3 MÅLSÄTTNING – PRODUKTIVITET OCH EFFEKTIVITET</b>	<b>44</b>
<b>5.4 KVALITETSSÄKRAN MED HJÄLP AV MODELLER OCH SYSTEM</b>	<b>45</b>
<b>5.5 MEDICINSK INNOVATION OCH LÄRANDE – GRUNDEN TILL KVALITET</b>	<b>48</b>

---

## **6 SLUTSATS** **49**

---

<b>6.1 VIDARE FORSKNING</b>	<b>50</b>
-----------------------------	-----------

---

## **7 KÄLLFÖRTECKNING** **51**

---

<b>7.1 LITTERATUR</b>	<b>51</b>
<b>7.2 ARTIKLAR</b>	<b>52</b>
<b>7.3 UPPSATS</b>	<b>52</b>
<b>7.4 INTERNET</b>	<b>52</b>
<b>7.5 INTERNT MATERIAL</b>	<b>52</b>
<b>7.6 INTERVJUER</b>	<b>53</b>

## **FIGURFÖRTECKNING**

<b>FIGUR 3.2.3 KUND/LEVERANTÖRSMODELLEN</b>	
<b>FIGUR 3.5.1 JAPANSK KVALITETSMODELL</b>	
<b>FIGUR 3.5.2 AMERIKANS KVALITETSMODELL</b>	
<b>FIGUR 3.8.1.2 DEMINGS FÖRBÄTTRINGSCYKEL</b>	
<b>FIGUR 4.6 KVALITETSLÖKEN</b>	
<b>FIGUR 5.5 MODELL FÖR KVALITETSSKAPANDE</b>	

## **BILAGA 1**

### **INTERVJUGUIDE**

# 1 Inledning

*Det inledande kapitlet ger en beskrivning och motivering av det valda ämnet. Vidare följer en problemdiskussion som leder till en presentation av vårt problem samt uppsatsens frågeställning. Därefter redovisar vi för uppsatsens syfte och de avgränsningar vi valt att göra. Kapitlet avslutas med en disposition över uppsatsens utformning.*

## 1.1 Introduktion

Uppsatsen undersöker styr- och organisationsförändringar genom en studie av kvalitetsprocesser inom den offentliga sektorn. Vi kartlägger kvalitetsprocesser som har genomförts på Reumatologen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Studien fokuserar på kvalitetsutveckling för att se hur organisationen skapar kvalitet.

## 1.2 Bakgrund

Ett traditionellt synsätt på den offentliga sektorns organisation är att den utgår från funktioner såsom politisk planering och resursfördelning. Tidigare har betoning legat på effektivisering med arbetsspecialisering som primär uppgift, vilket har inneburit att det kundorienterade synsättet, det vill säga medborgarnas intresse, kommit i skymundan. Under större delen av 1900-talet fungerade den funktionella styrningen bra, men under de senaste årtiondena har förutsättningar förändrats. I linje med den teknologiska förändringstakten och hårdnande konkurrens om medborgare ställs högre krav på effektivitet och kundorientering inom den offentliga sektorn. Medborgares krav har tvingat offentliga organisationer att ändra sin traditionella styrning och inrikta sig mot metoder som sätter kunden i centrum. Organisationen bör därmed inte ses som en samling uppdelade enheter utan skall ses som en helhet, vilket möjliggörs genom ett processororienterat synsätt (Ould, M.A., 1995).

Begreppet kvalitet, som i vår uppsats kan likställas med planering, styrning och förändring av kvalitet, är en väsentlig beståndsdel inom det processororienterade synsättet. Genom en ständig fokusering på kvalitetsförbättring kan organisationer åtnjuta konkurrensfördelar som på längre sikt leder till bättre lönsamhet. Tidigare forskning, däribland Porters (1980) värdekedja, har visat att företag som satsar på att producera kvalitetsstarka produkter och tjänster kan ta bättre betalt och därmed få högre vinst. En förbättring i produktkvaliteten har en starkare korrelation med ökad marknadsandel än en prissänkning. Dessutom finns det samband mellan ökad kvalitet och ökad produktivitet, varför kvalitet är en ytterst väsentlig faktor (Calingo, 1996).

En hörnsten inom processororientering är användningen av Total Quality Management (TQM) som ett verktyg för att fokusera på kundnärhet och kundkontroll genom kvalitetsinriktade planerings- och rapporteringsprocesser. Kvalitetsstyrning har sin grund i det japanska företagandet och kvalitetssynsättet som managementmetod växte i Sverige fram under 1980-talet, då företag började ifrågasätta sina förmågor att nå högre lönsamhet. Med tiden blev sambanden mellan kvalitet och vinst tydligare. De företag som snabbt anpassade sig till kvalitetsstyrning drog fördel av försprånget och

åtnjöt konkurrensfördelar medan de med sämre reaktionsförmåga inte var lika lyckligt lottade. Därmed blev det väsentligt att utföra en kvalitetsanalys för att förstå vad förbättringarna hade sin grund i. Idag är det nödvändigt för både privat och offentlig sektor att utföra en kvalitetsanalys för att hitta förbättringsvägar för utveckling av såväl management, rapporteringssystem som kundrelationer. TQM kan beskrivas som en specifik styrmetod och en processororienterad kontrollmekanism för att förändra organisationsstrukturen. Kontinuerlig förbättring tillsammans med delaktighet och engagemang från hela organisationen är brännpunkten inom TQM-filosofin. Genom att låta hela verksamheten ta ansvar för kvalitetstänkandet präglas automatiskt organisationskulturen av ideologin (Hoffman *et al*, 2001).

### *1.3 Begreppsdefinition av kvalitet*

Kvalitet är ett brett begrepp som innefattar många olika element. Begreppet initierades redan under antikens Grekland av välkända filosofer som Aristoteles och Platon, vilka såg kvalitet som förträfflighet och utmärkhet. Tuchman (refereras av Andrén-Sandberg, 1991) definierar kvalitet som en investering av de bästa färdigheterna för att möjliggöra produktionen av de mest beundransvärda resultat. "You do it well or you do it half well."

Svenska Akademien beskriver begreppet som ett "inre värde" där kvalitet värderas i förhållande till något annat, det vill säga om något har hög kvalitet kan det ställas i relation till något med lägre kvalitet. Gemene man använder dock ordet kvalitet som en positiv beskrivning av en företeelse (Andrén-Sandberg, 1991).

Ovanstående begreppsförklaringar är allmängiltiga och baseras på vardagliga uppfattningar. De ger inte mycket anvisning när det gäller att i en konkret situation mäta kvalitet. Även två gurus inom kvalitetsområdet, Philip Crosby och Joseph Juran, har allmänna utgångspunkter i sina definitioner och diskuterar mindre om styrning av kvalitet. Crosby betonar "conformance to specifications" och Juran talar om "fitness for use" där kvalitet i tjänster skall tillgodose kundernas förväntningar och deras behov (Edwardsson & Thomasson, 1993).

För att minska otydligheten av begreppet inriktar Grönroos (refereras av Edwardsson & Thomasson, 1993) sig på servicekvalitet genom att dela upp begreppet i teknisk och funktionell kvalitet. Teknisk kvalitet är vad organisationen gör för kunden medan funktionell kvalitet beskriver hur tjänsterna genomförs. Det är den funktionella kvaliteten som begreppet TQM fokuserar på. Genom planering och styrning av "hur tjänsten skall genomföras" bearbetas en rad egenskaper såsom tillgänglighet, servicevilja och attityder.

### *1.4 Problemdiskussion*

Kostnaden för den svenska sjukvården har under ett antal decennier ökat kraftigt och sjukvård har alltid varit ett aktuellt och omdiskuterat ämne. De stigande kostnaderna beror på ett flertal faktorer men grundar sig främst i att möjligheten att bota allt fler sjukdomar ökar. Ny medicinsk kunskap botar människor som inte tidigare kunnat få

hjälp samtidigt som medellivslängden ständigt ökar. Det är ur medicinsk aspekt rimligt att hjälpa fler patienter än vad det finns resurser till, vilket gör att utifrån en kvalitetssynvinkel krävs det prioriteringar där läkare och annan personal är skyldiga att använda resurser så optimalt som möjligt (Andrén-Sandberg, 1991).

Den allmänna uppfattningen inom sjukvården är att kvalitet kostar pengar men tidigare forskning har visat att verkligheten är annorlunda. Undersökningar har tydliggjort att inom sjukvården går 40 procent av resurserna åt till att rätta begångna fel. Genom att göra rätt från början skulle kostnader för misstag kunna undvikas, varför ekonomi och kvalitet har viktiga samband (Andrén-Sandberg 1991). Sambandet kan tolkas från ett klassiskt uttalande av kvalitetsgurun Crosby (refererades av Andrén-Sandberg 1991) att:

*"Quality is free. It's not a gift but it's free. What costs money are the unquality things"*

Med tanke på sjukvårdens olika intressenter är kvalitetstänkande och kvalitetsstyrning såväl efterfrågat som ifrågasatt. Enighet råder om att kvalitet är en viktig fråga och en väsentlig egenskap för framställning av service. Problem uppstår när någon vill ge en allmängiltig beskrivning av vad sjukvårdskvalitet är, då det är svårt att skildra för vem kvaliteten finns och hur den skall mätas. Det kan diskuteras kring olika sorters kvalitet, såsom administrativ kvalitet, besluts kvalitet, kundkvalitet, processkvalitet och rapporteringskvalitet, varför det är svårt att göra en generalisering av begreppet. Ytterligare ett problem är svårigheten för ekonomer och medicinska företrädare att förstå och diskutera med varandra hur en mekanism som TQM måste tillämpas och i så fall på vilket område. En sådan fråga har bidragit till missförstånd kring tillämpning av metod för styrning av sjukvården, vilket även indirekt påverkat kvalitetsutvecklingen (Andrén-Sandberg, 1991).

Organisationer kan skapa kvalitet genom ett flertal olika sätt beroende på verksamhetens utformning och omgivning. Kvalitet som begrepp uppfattas mycket individuellt och ligger i betraktarens värderingar och synsätt. Därmed är det av stor vikt att organisationen i fråga vet *vem* kvaliteten riktar sig till och *vad* denna aktör har för kvalitetsuppfattning. Många uppfattar inte kvalitetsarbetet som en process i sig men då kvalitetstänkandet skall genomsyra hela organisationen är det en nödvändighet. Därmed involveras allt från strategier och planering till färdig produkt/tjänst till slutkunden (Hill, Wilkinsson, 1995).

En annan aspekt som organisationer måste ta hänsyn till är hur de utformar sin kvalitetshantering på den operativa nivån. Tidigare studier har påvisat att många organisationer endast använder delar av TQM-filosofin även om de tror sig använda hela konceptet. Med ett kritiskt förhållningssätt kan tillämpning av dessa fristående delar vara besvärlig att kombinera och dessutom svår att finna samband emellan. Det gör det komplicerat för företag att se kvalitetsfilosofin som en enhetlig process. Att kvalitetsinriktad verksamheten har blivit lite av en trend i näringslivet, men det betyder inte att TQM tillämpas fullt ut i alla organisationer. Ibland är det därmed svårt för personal att kunna förstå fördelar som exempelvis relationen mellan bra servicekvalitet och relativt låg kostnad. För att i viss mån överbrygga dessa hinder är



det av stor vikt att tydligt kartlägga de olika delarna av processen, sammanfoga dem och kontinuerligt rapportera händelseförloppet (Hill, Wilkinsson, 1995).

Det viktigt att ta tillvara och dokumentera kvaliteten som har skapats. Ett rapport- och dokumenteringssystem, har en rad centrala funktioner vilket avspeglar sig i kvalitets- och processtänkandet. Rapporteringen är även nödvändig från ett intressentperspektiv eftersom de har olika syn och ställer olika kvalitetskrav, genom rapportering blir de emellertid mer delaktiga i kvalitetsarbetet. I en offentlig sektor kan exempelvis lokala politiker ställa kvalitetskrav, såsom agerande i enlighet med lagar och författningar samt uppföljning och utvärderingar av rutiner och avvikelser. Dokumentation av kvalitet är betydelsefullt och gör det möjligt att gå tillbaka och analysera utförda handlingar. Utvärdering av kvalitetsarbete genom dokumentation och vidtagande av nödvändiga åtgärder ger hela tiden utrymme för utveckling och förbättring inom verksamheten. För att få dokumentationen att fungera är det av stor vikt att engagera personalen och göra den delaktig. Dessutom krävs det flexibilitet för att en anpassning till olika situationer samt kontinuerlig granskning skall bli möjlig (Grimby, 1998).

Bakom en TQM-baserad förändringsprocess kan det finnas ett flertal motiv till vad förändringen skall åstadkomma. Beroende på hur strategin i verksamheten är utformad kan TQM användas för att fokusera på exempelvis produkt, produktion, kund, rapportering eller kommunikation. Ibland uppstår en kvalitetskris mellan kunder och serviceprodukter, vilket uppenbaras i att kundens förväntningar på tjänsten inte tillfredsställs. Genom att kvalitetsstyrningen fokuserar på image, som kan likställas med produkt, vill organisationen framstå och synas i omgivningen. En inriktning på produktion innebär däremot att egenskaper såsom väntetider, antal operationer, antal återbesök och så vidare skall fokuseras. Kvalitet hos rapportering kan också vara ett föremål för kvalitetstillämpning. Det centrala i processen och tyngdpunkten i kvaliteten ligger då på dokumentation. För att kunna utröna ett företags kvalitetsprocess är det av stor betydelse att förstå strategin och veta vilka motiv och perspektiv olika förändringar har. En förståelse för motiven ger möjlighet att urskilja målet i kvalitetstillämpning och se om de önskvärda effekterna uppnås (Pashang, 2002).

### *1.5 Uppställning av frågor*

Vi har i samråd med Olle Larkö, områdeschef för Reumatologen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, valt att kartlägga kvalitetsprocesser. En granskning av kvalitetsprocesser skall ge oss information för att besvara frågor kring aktiviteter och processer som skapar kvalitet. Med vår problemdiskussion som underlag ställer vi följande frågor:

#### Huvudproblem

- Hur skapar Reumatologen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset kvalitet och hur reflekteras och dokumenteras den?

## Delproblem

- Vilka är motiven bakom kvalitetens förändringsprocess?
- Vilken inriktning och fokusering har kvaliteten på operativ nivå?

Den teoretiska definitionen av ordet process som vi har valt att utgå ifrån beskriver fenomenet som en kedja aktiviteter, vilka återkommande skapar värde för kund med hjälp av människor och resurser (Rentzhog, 1998). Motiv kan teoretiskt förklaras som en bakomliggande drivkraft eller orsak till en viss handling för att uppnå ett fastställt syfte. Vidare kan begreppet ha ett flertal utgångspunkter och i uppsatsen kan motiv till förändring vara strategiska, coercive, normativa eller mimetiska.

### *1.6 Syfte*

Vårt syfte med uppsatsen är att genom kartläggning av kvalitetsprocesser beskriva hur organisationen skapar kvalitet. Vi vill vidare få en förståelse för hur kvalitet inom sjukvården införlivas med serviceproduktion samt hur den sedan tolkas och blir underlag för dokumentering och rapportering. Genom identifiering av kvalitetsprocesser vill vi se vilka motiv som ligger bakom en organisationsförändring.

### *1.7 Avgränsningar*

Vi har valt att avgränsa oss till att kartlägga förekomsten av kvalitetsprocesser på Reumatologen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vår avsikt är inte att undersöka kvalitet ur varken strategiskt eller kundrelaterat perspektiv. Vi fokuserar enbart på att beskriva de processer som skapas inom sjukhuset och förutsättningar som är relaterade till sådana processer. Vi koncentrerar oss på processer utifrån en praktisk synvinkel vilket innebär att teoretisering och test av teori kommer att fokuseras mindre.

### *1.8 Målgrupp*

Målgruppen för denna uppsats är främst människor som jobbar med kvalitetsfrågor inom sjukvården. Viss förkunskap i ekonomistyrningsfrågor samt viss insikt i begreppet TQM ser vi dock som en förutsättning för att man till fullo skall kunna tillgodogöra sig uppsatsen.

### *1.9 Disposition*

## **Kapitel 1 – Inledning**

Kapitlet inleds med en introduktion och bakgrundsbeskrivning av det valda ämnet, kvalitetsskapande på Reumatologen. Kapitlet fortsätter med en problemdiskussion som leder fram till uppställning av frågor. Vidare anges uppsatsen syfte och avgränsningar för att slutligen runda av med en disposition.

## **Kapitel 2- Metodologisk diskussion**

Det andra kapitlet består av en metodologisk diskussion där vi vill redovisa för val av forskningsansats i undersökningen. Vi redogör för de olika perspektiv som ligger till grund för vår undersökning. Vidare förklarar vi hur vår insamling och bearbetning av data har genomförts. Kapitlet avslutas med en beskrivning av undersökningens giltighet samt källkritik av eget arbete.

## **Kapitel 3 –Teoretiskt ramverk**

I det teoretiska ramverket går vi igenom relevanta begrepp och definitioner för undersökningen. Vi redovisar lämplig litteratur för att ge läsaren förståelse för vad som ligger till grund för uppsatsen. Vi presenterar TQM ur olika perspektiv och ger en allmän beskrivning av hur kvalitet kan uppfattas i tjänstesektorn.

## **Kapitel 4 – Empiriskt avsnitt**

Vårt empiriska avsnitt ger läsaren en överskådlig bild av hur kvalitetsarbetet fungerar på Reumatologen. Vi visar material från de genomförda intervjuerna genom att återge viktiga delar från datainsamlingen.

## **Kapitel 5 – Analys**

I kapitel fem jämför vi studiens empiriska resultat med vårt teoretiska ramverk. Vi vill i avsnittet klargöra de samband som undersökningen gett upphov till och på så sätt utreda uppsatsens frågeställning.

## **Kapitel 6 – Slutsats**

Avslutningsvis sammanfattar vi de slutsatser som framkommit genom analysen. Vi förtydligar de aspekter som är av störst intresse och besvarar vår frågeställning och ger slutligen ett förslag till vidare forskning.

## 2 Metodologisk diskussion

*Kapitlet syftar till att beskriva de olika metodologiska perspektiv vi använt för att redogöra för vårt tillvägagångssätt i uppsatsen. Vidare klargör vi för datainsamling och urval. Därefter diskuterar vi undersökningens validitet och avslutar med att belysa vår källkritik.*

### 2.1 Introduktion

Vi har utformat vår metodologiska diskussion i tre avsnitt. I det första avsnittet presenteras de antaganden vi använder för att reflektera förhållandet mellan teori och empiriskt material. I avsnitt två tar vi upp olika perspektiv på förändring för att beskriva hur TQM kan implementeras i organisationen. I det tredje avsnittet för vi diskussioner om vilken metod vi använt för att samla in material till teoretisk referensram samt empirisk data.

Vi tar upp begreppet perspektiv för att betona effekten av teoretisk kunskap och dess inverkan på individers värderingar. Begreppet subjektivitet är något som måste beaktas när man studerar människors perspektiv eftersom deras värderingar och attityder ofta återspeglas i de åsikter som kan framgå i en intervju. Vid val av teori och analys av data är det också av stor vikt att se till hur vårt perspektiv styr de teorier vi valt att använda oss av. Perspektivet grundar sig i vår akademiska bakgrund, vilket gör att vi ser på kvalitet och TQM ur ett teoretiskt perspektiv. Eftersom vår erfarenhet av kvalitetsprocesser i sjukvården inte är så stor rent praktiskt ifrågasätter vi gärna de aspekter som skiljer sig gentemot vår teoretiska förståelse. Vidare har vårt perspektiv inverkan på analysen eftersom våra tolkningar genomsyrar intervjuvaren.

### 2.2 Metodologisk diskussion

I litteratur presenteras metodologiska frågor med hjälp av ett antal begrepp såsom ontologi, epistemologi och synen på människor.

#### **Ontologi**

För forskare är en presentation och definition av begreppet *ontologi* centralt. Ontologi fokuserar på den grund på vilken kunskap byggs och med hjälp av en presentation av begreppet vill vi förklara hur praktisk kunskap kan skiljas från normativ kunskap.

Med ontologiska grunder menar vi hur kvalitet måste tolkas. En tolkning har sin utgångspunkt i att se kvalitet som resultat av subjektivitet. Här ligger individers syn, upplevelser och personliga erfarenheter till grund för kunskap om kvalitet. Den andra tolkningen av kvalitet bygger på ett processperspektiv som är normativt (Pashang, 2002). TQM är en managementprocess som tillämpas inom Reumatologen för att kontrollera och förbättra kvaliteten. För att få en djupare förståelse för det empiriska materialet vill vi uppmärksamma distinktionen mellan ledningens kvalitetsdefinition och de anställdas egna uppfattningar. Vi är därmed medvetna om att våra intervjupersoner i sina svar växlar mellan subjektiva och normativa kvalitetsuppfattningar.

## Epistemologi

*Epistemologi* uppmärksammar kunskapens struktur vilken kan vara såväl subjektiv som objektiv. Vi är intresserade av att se hur användandet av TQM uppfattas praktiskt. På basis av ontologiska reflektioner kan vi göra åtskillnad mellan diverse kvalitetsdefinitioner på operativ nivå. Det är vidare viktigt att se hur TQM kan bidra till skapandet av rutiner inom Reumatologen för att förbättra kvaliteten.

## Synen på människor

Avslutningsvis är det tredje begreppet, *synen på människor*, en avgörande faktor för presentation av forskningsperspektivet. Vi anser att människan är en tolkande varelse och kunskapen hon erhåller förändras kontinuerligt då ny kunskap förvärvas och nya tolkningar görs. Erfarenhet utvecklar därmed nya perspektiv som leder till att upplevelsen förändras.

Våra respondenter sträcker sig från strategisk till operativ nivå vilket gör att vi anser oss ha fått olika kunskapsperspektiv på samma frågor. Kunskap kan erhållas på olika sätt, antingen genom litteratur, utbildning, kurser eller genom att förvärva erfarenhet genom en ständig exponering av utvecklande arbetsuppgifter. Det är intressant att se hur den kunskap personal besitter ger upphov till olika syn på förbättringsåtgärder och kvalitetsprocesser. Beroende på position i organisationen har medarbetare olika tolkningsschema på kvalitetsarbete och processer.

### 2.3 Perspektiv på förändring

Ytterligare en dimension av vårt perspektiv relateras till TQM och dess effekt på den organisatoriska förändringen. Vi vill beskriva hur TQM påverkar organisationen och vad förändringen leder till. Det är viktigt att förstå olika förhållanden mellan objektiv och subjektiv syn för att kunna spegla utvecklingen. Vårt förändringsperspektiv baseras på en artikel som presenterats i *Scandinavian Journal of Management*. Författarna Czarniawska-Joerges & Genrell (2002) tillämpar en förändringsteori för att studera kvalitetsförbättring inom universitet. Ett sådant teoretiskt perspektiv kan användas som utgångspunkt för att analysera materialet och tolka förändringen.

Czarniawska-Joerges & Genrell (2002) använder tre olika begrepp för att beskriva hur TQM kan implementeras. Det förstnämnda är *coercive*, där implementering kan ses som tvingande och kommer från externt tryck. TQM blir därmed ett ofrånkomligt instrument som måste praktiseras i den offentliga organisationen. Sättet att implementera TQM som styrmedel får då till följd att medarbetarnas egna uppfattningar är sekundära. Personalen inom organisationen är medvetna om att de ska tillämpa TQM-tänkande men kan inte ifrågasätta implementeringsproblematiken.

Ett annat tillvägagångssätt för implementering är ur ett *normativt* angreppssätt, vilket sker genom enhetliga normer och uppfattningar. En styrande procedur betonas som ofta leds av professionella konsulter och organisationen har hög tilltro till experter. Här finns det en risk att medarbetarnas kunskap och erfarenhet underskattas eller inte tas tillräcklig hänsyn till. Det sista perspektivet sker genom ett *mimetiskt*

tillvägagångssätt. Ett mimetiskt förhållningssätt uppstår oftast då organisationens medlemmar inte är medvetna om verksamhetens mål och uppgifter. De försöker hitta vägar ur dilemmat genom att imitera andra organisationer med liknande verksamhet och verktyg. När servicetillverkningen är otydlig finns det risk att aktörerna tillämpar en mimetisk förändringsmodell. Det kan inom sjukvården beskrivas som att läkarna på grund av osäkerhet och otydlighet i service försöker imitera TQM för att undvika extern inblandning.

#### *2.4 Databesamling*

Det finns ett flertal tillvägagångssätt för att samla in data som behövs i en undersökning. Ur forskningshänseende talas det om primär- och sekundärdata. Primärdata är den information som samlas in av forskaren själv specifikt för varje undersökning. Sekundärdata har redan samlats in, beskrivits eller producerats av andra i exempelvis böcker, rapporter och tidskrifter (Bell, 2000). I samband med insamling av sekundärdata bör värdet av källan bedömas för att se om informationen är tillförlitlig och relevant för den aktuella frågeställningen samt om den kan erhållas på ett såväl praktiskt som systematiskt sätt (Merriam, 1994). Användning av sekundärdata är förknippat med en viss risk då författaren av källan lagt sina personliga tolkningar i det producerade materialet. Datan är inte heller anpassad för att ta hänsyn till exakt de frågeställningar som undersökaren är intresserad av. Det kan därför vara svårt att värdera kvaliteten och användbarheten hos sekundärdata (Bell, 2000).

Initialt har vi valt att läsa in oss på området kring frågeställningen för att erhålla en övergripande kunskap och därigenom skaffa oss en helhetsbild av processtyrning och kvalitetsskapande. Vi har studerat böcker, tidskrifter och tidigare uppsatser inom ämnet. Nästa steg i vår undersökningsprocess har varit att samla in primärdata genom kontakt med Reumatologen. Insamling av primärdata har skett genom intervjuer och observationer under intervjuerna.

I kvalitativa fallstudier är intervjuer den främsta metoden för att få fram nödvändig data till det som skall studeras (Merriam, 1994). Därför har denna form av databesamling blivit det självklara valet i vår studie. Under intervjuerna har det funnits goda möjligheter för oss som intervjuare att be intervjupersonerna att förtydliga sig samt avgöra personernas kunskapsnivå och status. Vi har även haft möjlighet att bedöma och värdera den information som lämnats under intervjun. Genom att utföra besöksintervjuer anser vi oss ha säkerställt kvaliteten på materialet på ett bra sätt, samtidigt som tillförlitligheten ökat.

Vi har valt att genomföra våra intervjuer med ett utarbetat frågeformulär som underlag, enligt den strukturerade intervjumetoden. Dock fungerar formuläret endast som en guide där vi har möjlighet att ställa följdfrågor för att på så sätt täcka vårt informationsbehov. Mallen har varit viktig för att få svar på frågor som varit väsentliga för vår studie. Samtidigt har det varit viktigt att intervjuerna genomförts på ett öppet och samtalsliknande sätt för att på så sätt säkerställa tillförlitligheten hos de erhållna svaren.

## 2.5 Validitet

Validitet innebär giltighet och relevans, vilket betyder att den utförda mätningen verkligen mäter det som skall mätas och ingenting annat. En uppdelning kan ske i yttre respektive inre validitet där den inre är uppfylld då resultatet speglar verkligheten. Det kan vara svårt för undersökaren att uppnå inre validitet av det område som skall undersökas eftersom denne ofta saknar erfarenhet inom ämnet. Svårigheter kan ligga i att bedöma vilken data som är viktig, hur den skall samlas in, vilka personer som har den viktiga informationen och hur den tolkas (Eriksson & Wiederheim-Paul, 1997). Den yttre validiteten beskriver i vilken utsträckning forskarens metoder ger ett tillförlitligt resultat. Vid tillämpning av fallstudiemetoden är det svårt att nå yttre validitet eftersom fallstudien innebär en djupdykning i en specifik organisation (Lundahl & Skärvad, 1992).

I ett försök att öka validiteten i vår uppsats har vi börjat med att läsa relevant litteratur. Vi har vidare valt att intervjua personer från både strategisk och operativ nivå för att få en bredare uppfattning om vad kvalitetsbegreppet innebär inom sjukvården. Genom att prata med relevanta personer har vi åstadkommit en väsentlig begreppsapparat. För att skapa ytterligare trovärdighet har vi utvecklat vårt perspektiv utifrån tidigare använd forskning inom området. Vi ser fenomenet förändringsprocesser ur flera synvinklar för att utröna vem som bestämmer, vem som genomför vad och var ansvaret ligger.

Vårt val av intervjupersoner har skett slumpmässigt där vi har kategoriserat personerna utifrån deras arbetsuppgifter. En viss inriktning har skett mot personer som spelar roll i kvalitetsskapandet. Genom öppna intervjuer, där respondenten får tala och uttrycka sig fritt, försöker vi fånga kvalitetsupplevelsen på Reumatologen för att uppfatta vilken användning kvaliteten har. Vi kopplar respondenternas perspektiv till intervjufrågorna för att närmare förstå bakgrunden till de svar som de givit.

## 2.6 Källkritik

Enligt Eriksson & Wiederheim-Paul (1997) skall man i undersökningar ta hänsyn till samtidskrav och tendenskritik. Det förstnämnda innebär att källan skall vara aktuell medan den andra innebär ett kritiskt förhållningssätt till färgad eller vinklad information.

Eftersom samtliga intervjuer har genomförts parallellt med studien anser vi att samtidskravet för uppsatsens primärdata är uppfyllt. Vår sekundärdata, som bland annat består av litteratur och artiklar, varierar i aktualitet men den fakta som tagits från äldre källor kan i viss mån anses vara tidlös då den fortfarande är användbar. Vi vill dock tillägga att ur ett skarpt samtidskravperspektiv kan den äldre litteraturen ifrågasättas.

Vi är medvetna om att vi i vår undersökning måste ta hänsyn till att samtliga respondenters svar är subjektiva. En kvalitativ undersökning har dock som utgångspunkt att ge förståelse för ett fenomen genom respondenternas uppfattningar. Vi har tagit hänsyn till intervjuobjektens positioner inom organisationen när vi tolkat

svaren för att på så sätt försöka åstadkomma mer sanningsenlig information. Vid granskning av sekundärdata är det viktigt att vara uppmärksam på att författarens egna intressen och perspektiv kan leda till att datan innehåller bristande objektivitet. Vi har därmed haft ett kritiskt förhållningssätt gentemot vår sekundärdata för att i största möjliga mån undvika missvisande information.



### 3 Teoretiskt ramverk

*Begreppet kvalitet har en bred innebörd och ett flertal definitioner förekommer. Vi vill i vårt teoretiska ramverk ge en bakgrund till hur begreppet tagits i bruk i ett organisatoriskt sammanhang. Vidare beskriver vi olika aspekter av TQM och dess användning inom sjukvården. Avslutningsvis tar vi upp relevanta moment inom vården som återfinns i en kvalitetskapandeprocess.*

#### 3.1 Historisk utveckling

Under 1960-talet introducerades begreppet total kvalitetsstyrning. Företag förstod att det inte räckte med att inrikta tillverkningsprocessen på enstaka funktioner och betoning lades på en mer processororienterad kvalitetsinriktning. Vid samma tidpunkt uppmärksammades även begreppet kvalitetssäkring, som syftade till att säkerställa samt bibehålla kvaliteten. På 1970-talet fortsatte fokuseringen på produkters säkerhet för att minimera skaderisken och kvalitetsstyrning ansågs vara ett lämpligt hjälpmedel. Under 1980-talet ökade konkurrensen på marknaden, framför allt från Japan, vilket bidrog till ett växande kvalitetskrav. Kvalitet fick en större betydelse för företags utveckling och därmed ökade företagsledningarnas intresse för kvalitet. Kvalitetsarbetet stimulerades på nationell nivå, vilket Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ) som inrättades 1990 är ett bevis på. Institutets uppgift var att sporra och aktivt bidra till kvalitetsutveckling inom det svenska samhället. TQM blev således ett begrepp inom det svenska näringslivet (Sandholm, 2001).

Kvalitet har blivit ett allt viktigare verktyg för styrning och konkurrens på marknaden. Kontinuerlig kvalitetsförbättring kan ses som ett måste för många företag om de skall ha en chans att följa med i utvecklingen och behålla sin position på marknaden. Därför har en inriktning mot kundfokusering, faktabaserad beslutsfokusering och involvering från alla delar av organisationen fått stor genomslagskraft. Det räcker inte alltid med att tillfredsställa konsumentens förväntningar på produkt eller tjänst, utan kvaliteten måste överstiga förväntningarna för att konsumenten skall återkomma och bli tillräckligt nöjd. En definition som beskriver förhållandet mellan kund och kvalitet lyder enligt Myron Tribus (refereras av Bergman, Klefsjö, 1994):

*Quality is what makes it possible for a customer to have a love affair with your product or service. Telling lies, decreasing the price or adding features can create a temporary infatuation. It takes quality to sustain a love affair.*

*Love is always fickle. Therefore, it is necessary to remain close to the person whose loyalty you wish to remain. You must be alert to understand what pleases the customer, for only customers define what constitutes quality.*

#### 3.2 Total Quality Management

TQM är en ledningsstrategi inriktad på framgång genom kundtillfredsställelse. Vidare baseras filosofin på att alla inom organisationen är engagerade i att förbättra processer, produkter, tjänster och sin egen arbetskultur. TQM omfattar enligt Juran

(1988) fyra kritiska moment där det förstnämnda är att etablera policy och mål för kvalitet. Nästkommande steg är att fastställa planer för att möta dessa mål och sedan motivera och stimulera folk att uppnå målen. Slutligen ställs resurser till förfogande för utvärdering av mål och för att lämpliga förbättringsåtgärder skall kunna vidtas.

### 3.2.1 Kundfokus

Kvalitet är ett subjektivt begrepp och värderas därför individuellt av kunder. Begreppet måste sättas i relation till kunders behov och förväntningar för att bästa möjliga kvalitet skall kunna erbjudas. Kundfokusering behöver dock inte betyda att kunden alltid har rätt, då leverantören av tjänsten är expert inom sitt område. Emellertid krävs förståelse för kunden för att möjliggöra ett tjänsteutbud som tillfredsställer och överraskar (Bergman, Klefsjö 1994).

Kundens behov kan delas in i tre kategorier, *uttalade behov* är självklara och anges inte och *uttalade behov* särskiljer den speciella produkten från andra liknande. Slutligen är även de *okända behoven* uttalade men endast på grund av att kunden inte vet om att han har dessa behov. När kunden så småningom inser sina okända behov, genom att leverantören erbjuder produkter eller finesser som tidigare inte funnits, blir dessa behov uttalade och ses som självklara (Tisell, 1993).

### 3.2.2 Basera beslut på fakta

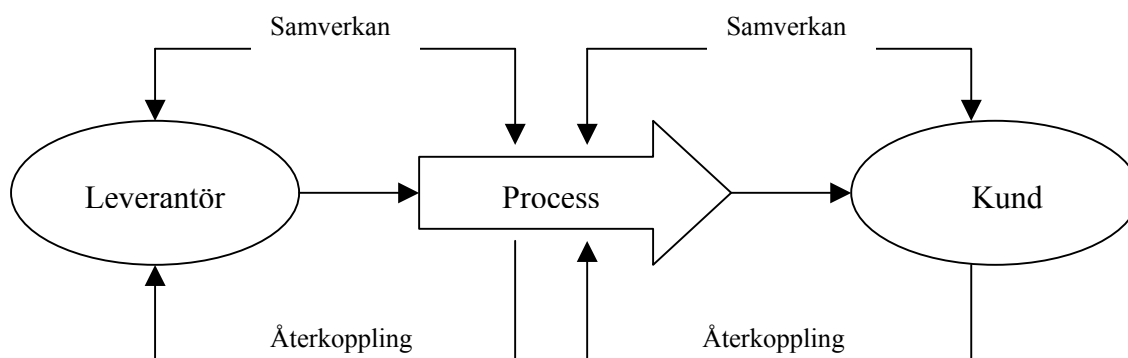
Det är viktigt att beslut baseras på välgrundad fakta så att inga slumpmässiga faktorer får för stor roll i viktiga beslutsunderlag. Internationella undersökningar visar att mellan 20-95 procent av alla produktutvecklingsprojekt misslyckas då kundernas verkliga behov och priskänslighet inte noggrant undersöks innan projektet startar. Det kan bero på att beslut inte baserats på marknadsinformation eller att en väl genomförd marknadsanalys förbisetts. Det är viktigt att ta hänsyn till information tidigt i produktlivscykeln, då en förändring vid ett tidigt stadiet i livscykeln är betydligt mindre kostnadskrävande än en förändring när produkten redan är lanserad på marknaden. Dessutom blir produktens livscykel kortare på grund av högre förändringstakt i omgivningen och kontinuerlig teknologikutveckling, vilket bidrar till ett ökat krav på att rätt beslut tas från början (Bergman, Klefsjö 1994).

### 3.2.3 Fokusera på processer

En process är en kedja av aktiviteter som i ett återkommande flöde skapar värde för en kund med hjälp av människor och resurser. Varje aktivitet i en organisation har vissa element som konstant upprepas. Genom att aktiviteterna ses ur ett processsynsätt kopplas de ihop, vilket kan ge förbättringar och effektiviseringar. Nästan alla organiserade aktiviteter kan ses som processer, vars främsta mål är att leverera tillfredsställande produkter/tjänster. För att möjliggöra ett effektivt arbete inom organisationen krävs det en kartläggning av de olika arbetsprocesserna. Vidare skall de viktigaste urskiljas så att dessa kan rangordnas och organisationen kan finna sina kritiska punkter. Processerna stöds av organisationen som består av människor, relationer och resurser. De olika resurserna arbetar ihop för att tillsammans nå det eftersträfvade resultatet. Varje process inom organisationen bör ha en processägare som är ansvarig för förbättringsarbetet (Bergman, Klefsjö 1994).

Processsynsättet kan beskrivas utifrån en kund/leverantörsmodell, där kärnprocesser ses som kedjor av lokala processer som kan ändras om signaler kommer från kund. *Kund* är den viktigaste delen i modellen och för att förstå hans/hennes verkliga behov krävs aktiv samverkan och regelbunden feedback. *Resultat* varierar med material och tjänster. Variation bör därför reduceras och kvaliteten bör styras bättre, vilket sker genom styrning av processen. *Leverantörer* försör processen med *input* och genom att urskilja leverantören underlättas möjligheten att påverka inputen. Företagets framgång beror på hur väl kunderna för de olika processerna har blivit identifierade och hur väl de har blivit tillfredsställda. Kontinuerlig processförbättring måste betonas så att organisationen, bland annat i förebyggande syfte, kan finna sätt och metoder att skapa värde för kund (Rentzhog, 1998).

### 3.2.3 Kund/leverantörsmodellen



Källa: Rentzhog, Processorientering, 1998

### 3.2.4 Kontinuerlig förbättring

Då de externa kraven på kvalitet kontinuerligt ökar är organisationens kvalitetsförbättring av produkter och tjänster högst väsentlig. Även från en kostnadssynvinkel är det viktigt att fokusera på förbättringsprocessen, då kostnader som uppstår på grund av defekter och fel i produktionen är stora och dyra (Bergman, Klefsjö 1994). Begreppet Kaizen härstammar från Japan och står för ständiga förbättringar. Grundtanken är att många små vardagsförbättringar över tiden skall ge en stor kumulativ effekt. Förbättringarna innefattar bland annat moment såsom att utföra arbetet smartare och på kortare tid samt att ge kunderna mer värde för pengarna (Ax, 2000).

### 3.2.5 Låta alla deltaga

För att kvalitetssynsättet skall vara framgångsrikt krävs det att alla i organisationen är engagerade i att tillfredsställa kunderna och arbetar med kontinuerlig kvalitetsförbättring. De anställda måste därför få möjlighet att känna delaktighet och ansvar så att jobbet blir väl utfört, först då kan riktigt engagemang från alla parter skapas. Inte bara de anställda inom företag, utan även leverantörer och andra

intressenter, bör vara delaktiga i kvalitetsarbetet. Leverantörssamverkan med långsiktiga relationer är av stor vikt för att leverantören verkligen ska förstå och lära känna företaget. Då kan bästa möjliga service och skräddarsydda produkter levereras och leverantören integreras i verksamheten (Bergman, Klefsjö 1994).

För att kvalitetsarbetet skall förankras väl inom organisationen måste medarbetarna få lov att göra misstag. Vidare skall varje medarbetare få utrymme att realisera idéer och försöka prova på de förbättringsförslag de har. Klimatet inom verksamheten måste därför belöna och uppmuntra beteende av liknande slag (Tisell, 1993).

### 3.3 Det japanska kvalitetsbegreppet

I japansk verksamhet är det långsiktighet, kunskap och förenklade tillämpningar som betonas, vilket har uppnåtts genom andra styr- och motivationsmekanismer än västvärldens. Japansk styrning karaktäriseras av mer långsiktiga mål där kollektiva beslut tas och genomförs konsekvent (Tisell, 1993). Det japanska kvalitetsarbetet består av ett flertal moment och Juran (refereras av Sandholm, 2001) menar att deras kvalitetsutveckling genomgick en kvalitetsrevolution uppbyggd av tre huvudmoment. Inledningsvis genomgicks en massiv utbildning i kvalitet för alla inom organisationen. Arbetet började i högsta ledningen och fortsatte sedan ner i hierarkin så att alla funktioner berördes. Det betyder, enligt Juran, att japanska chefer, specialister och operatörer blev bäst utbildade på kvalitet. Vidare fokuserade japanerna på årliga program för kvalitetsförändringar, vilket gjorde att kvaliteten på produkter och tjänster kontinuerligt förbättrades. Avslutningsvis anser Juran att företagsledningen inom de japanska organisationerna ”gav ett verkligt ledarskap” inom kvalitetsområdet. Genom sina goda kunskaper styrde de och följde ständigt upp kvaliteten inom företaget (Sandholm 2001).

Ishikawa (refereras av Sandholm, 2001) har urskiljt sex utmärkande drag för det japanska kvalitetsarbetet. Genom en *företagsomspännande kvalitetsstyrning* är alla inom organisationen engagerade i kvalitetsarbetet på ett systematiskt vis. Kvalitetsarbetet ledsagas av nedtecknade riktlinjer, en så kallad kvalitetspolicy. När japaner talar om kvalitetsstyrning menas inte endast styrning av kvaliteten på en viss nivå utan även att kontinuerligt förbättra kvaliteten. Kaizen-filosofin, som står för ständiga förbättringar, möjliggör tillverkning av bättre produkter till lägre kostnader och med mindre fel. Processen är dock långsiktig och kräver tålamod hos både ledning och anställda (Zhuang-Yang, 1994). I nästa framträdande drag *följs kvalitetsarbetet regelbundet upp* av företagsledningen som ser till att varje funktion uppfyller sina givna mål, riktlinjer och planer. Ledningen diskuterar fortlöpande olika förhållanden som påverkar kvaliteten och såväl nya handlingsprogram som mål sätts upp, vilket kan liknas vid en form av kvalitetsrevision. Ett annat särdrag är att *utbildning* riktar sig till alla inom organisationen och även extern utbildning betonas (Sandholm, 2001).

Det fjärde utmärkande draget är *kvalitetscirklar* som började brukas av japaner 1962 i och med att kvalitet i utbildningen då nått den operativa nivån. Det ansågs användbart att låta operatörerna arbeta i mindre grupper inom det egna området för att komma fram till kvalitetsförbättringar. Japanska företag använder *statistiska hjälpmedel* som

paretodiagram, styrdiagram och Ishikadiagram för att styra och förbättra kvaliteten och de fungerar som ett verktyg i det faktabaserade beslutsfattandet. Slutligen började japanska organisationer *propagera för kvalitet på nationell nivå* och varje år hålls konferenser där utmärkelser inom kvalitetsutveckling delas ut till såväl organisationer som enskilda individer (Sandholm, 2001).

I Japan är kvalitetsfokus en symbol för organisationskulturen och uppfattas som allas ansvar. Kvalitetsprogram utvecklas för de anställda och kvalitet blir inte endast en del av produkten utan av hela produktionsprocessen, där ledningens engagemang är tydligt. Kvalitetsgaranti kan endast uppnås i samband med att teamarbete används. Vid anställning av personal ses därför inte tidigare arbetslivserfarenhet som ett måste utan gemensamma värderingar och ett brinnande engagemang är det som prioriteras. Kvalitetskontrollen är mer processorienterad och redan på operativ nivå får medarbetarna ta eget ansvar för kvaliteten, vilket gör att chefers behov av styrning och kontroll minskar. Jobbsäkerhet anses vara av stor vikt och när en japan anställs ses det som ett livslångt engagemang. Organisationen erbjuder anställningstrygghet samt vidareutvecklingsmöjligheter och utbildning men i gengäld förväntas det mycket av personalen (Zhuang-Yang, 1994).

### 3.4 Kvalitet ur ett amerikanskt perspektiv

Under slutet av 1800-talet tog USA det Tayloristiska managementsystemet i bruk, vilket karaktäriserades av att planering åtskiljdes från verkställandet. Det nya synsättet gjorde att produktiviteten kunde öka men det fick negativa effekter på kvaliteten. Därmed utvecklades begrepp som kvalitetskontroll och kvalitetssäkring, vilket gav naturliga följder i produktionen. Genom kvalitetstester kunde organisationer börja urskilja skillnader mellan bra och dålig kvalitet, vilket var ett steg i riktningen mot en mer kvalitetsfokuserad tillverkning (Juran, 1988).

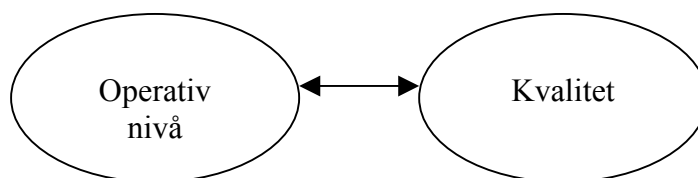
Det amerikanska kvalitetsperspektivet grundar sig i utvecklingen av strategiska affärsplaner som involverar termer som planering, kontroll och förbättring. Under slutet av 1980-talet blev det allt vanligare att utländska konkurrenter på den amerikanska marknaden erbjöd produkter med högre kvalitet och värde. Konsumenterna vände sig vid den högre kvaliteten och i sin strävan efter att bli konkurrenskraftiga försökte amerikanska företag, genom olika strategier, hitta nya vägar för att nå högre kvalitet (Juran, 1988).

Det amerikanska perspektivet på kvalitetsutveckling har i stor utsträckning präglats av Ford där betoning har lagts på specialisering, massproduktion, automatisering, hierarki och centralisering. Organisationer använder sig gärna av inhyrda specialister för att utföra vissa arbetsuppgifter. Anställning av konsulter drivs av kortsiktiga behov men ger även möjlighet till en mångfacetterad kunskapsbredd i organisationen. Vidare fokuseras det amerikanska synsättet på arbetsspecialisering, vilket speglas genom detaljerade arbetsbeskrivningar och betoning på titlar. Produktionsmodellen karaktäriseras, som en följd av Forddynastin, av automatisering och massproduktion vilket försvårar införandet av Human Resource i verksamheten. Det visar sig även i prioritering av finansiell styrning där personalfrågor är av sekundär betydelse. Ledningen tenderar att se på humankapital som något utbytbart snarare än en livslång

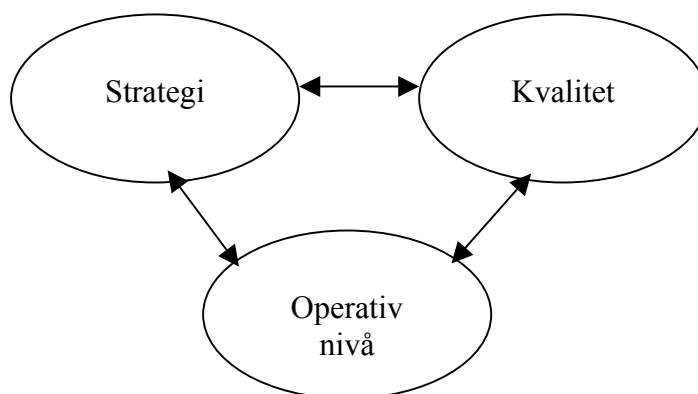
investering, vilket leder till att personalens kunskap lätt försvinner ur företaget. På grund av företags personalomsättning anses det oekonomiskt att investera allt för mycket i utbildningar. Dessutom förväntas personalen, som redan är arbetsspecialiserad, besitta tillräcklig kunskap. Anställningstryggheten i amerikanska företag betraktas inte som särskilt hög eftersom de vid konjunktursvängningar löser ekonomiska problem genom att avskeda personal. I amerikanska företag fokuseras det dessutom på individuellt ansvar och prioriteringar ligger inte på grupparbete (Zhuang-Yang, 1994).

### 3.5 Distinktion mellan japansk och amerikansk kvalitetsyn

Skillnaderna mellan det japanska och amerikanska kvalitetsperspektivet kan åskådliggöras med hjälp av två modeller. Den japanska kvalitetsmodellen utgår från att kvalitet skapas på operativ nivå. Såväl kunskap som information om kvalitet produceras av operativ personal och utbildning sker kontinuerligt. I motsats till det japanska synsättet är det amerikanska mer centraliserat. Utgångspunkten till kvalitetsskapande finns istället på strategisk nivå där kundfokusering blir nödvändigt för att möjliggöra en systematisk rapportering. Vidare är begreppet TQM strategiskt relevant vilket i det amerikanska perspektivet speglar sig i de styrmekanismer som råder. Ur ett japanskt perspektiv växer kvalitetsaspekterna fram operativt medan de ur en amerikansk synvinkel implementeras från strategisk till operativ nivå (Pashang, 2003).



3.5.1 Japansk kvalitetsmodell.  
Källa: Fri tolkning, Pashang, 2003



3.5.2 Amerikansk kvalitetsmodell  
Källa: Fri tolkning, Pashang, 2003

### 3.6 Kvalitet ur ett tjänsteperspektiv

Tjänstekvalitet är ett komplext begrepp som kommit att spela stor roll under de senaste årtiondena. Under 1980-talet utvecklades ett antal "kunden i centrum" projekt inom Sverige, främst med teorier av förespråkare som Richard Normann och Christian Grönroos i spetsen. Teorierna utvecklades och idag är servicekvalitet en faktor som betonas när det gäller utvecklandet av tjänsteorganisationer. Begreppet tjänst kan vara svårt att definiera men vissa särdrag kan urskiljas som ger begreppet mer innebörd:

- Tjänster är processer och de består till stor del av interaktion mellan individer.
- Användaren medverkar ofta i produktionsprocessen och bidrar därigenom till resultatet och dess kvalitet.
- Tjänster produceras och konsumeras ofta på samma gång.
- Tjänster är mer eller mindre oberörbara eller abstrakta, vilket gör dem svåra att demonstrera och kommunicera (Edwardsson, Thomasson, 1989).

En tjänst kan ha olika kvalitetsdimensioner. *Påtaglighet/konkretitet* beskriver tjänstens fysiska omgivning, *tillförlitlighet* visar tjänstens pålitlighet och prestationskonsekvens och *tillgänglighet* visar hur lätt tjänsten går att få tag på. Vidare påvisar *kommunikation* förmågan hos personal att göra sig förstådd hos kund medan *behjälplighet* visar hur villig personal är att hjälpa och guida sina kunder. *Artighet* beskriver leverantörens beteende och *empati* visar leverantörens förmåga att sätta sig in i kundens behov och problem och försöka lösa dessa (Bergman, Klefsjö, 1994).

När det gäller kvalitetsutveckling finns det ett antal faktorer som organisationen bör ta hänsyn till. Inledningsvis måste kvalitet på en tjänst ses med kundens öga. För att skapa hög kvalitet krävs det att leverantören förstår kundens situation väl och vilka faktorer som är värdeskapande. Kunskap och förståelse för kunden omvandlas sedan till en kravspecifikation som i sin tur omvandlas till den konkreta tjänsten. Det är enligt Gummesson (refereras av Edwardsson, Thomasson, 1989) kundens kvalitetsupplevelse som ska ställas i centrum vid kvalitetsutvecklingsarbetet eftersom kunden är den slutlige bedömare av tjänstens kvalitet. Vidare menar Grönroos (refereras av Edwardsson, Thomasson, 1989) att det är organisationens image tillsammans med den tekniska och funktionella kvaliteten som påverkar den förväntade tjänstekvaliteten.

Det räcker inte att utveckla kvalitet i "sanningens ögonblick", alltså interaktionsmomentet mellan kund och personal. Vid just det momentet uppstår den dynamik som antingen påverkar kunden positivt eller negativt beroende på hur den andra parten agerar. Tjänstekvalitet måste utvecklas inifrån organisationen och förankras genom hela verksamheten som ett back-up system för att kvaliteten skall bli synlig gentemot konsument. Kvalitetsbegreppet måste vara *tydligt och kommunicerbart* och varje organisation måste själv utveckla sina begrepp så att de är förståeliga och binder samman organisationen på ett bra sätt. För att ett kvalitetsutvecklingsarbete skall fungera krävs det att alla medarbetare är införstådda med vad kvalitetsbegreppet innebär och att likartade tolkningar finns så att

medarbetare inte agerar på olika sätt gentemot användarna (Edwardsson, Thomasson, 1989).

*Kvalitetsmål skall vara uppnåeliga* och resultaten skall fortlöpande följas upp. Mål skall vara rimliga så att medarbetare kan uppnå dem och mätningar skall utföras på ett enkelt sätt. Uppföljning av mål skall ständigt förekomma så att alla kan se resultat av det arbete de tillsammans utfört och uppföljning borde ske såväl internt som externt. Mätning av mål får inte bli ett självändamål och det är viktigt att fråga sig vad som skall mätas och hur mätning skall gå till. *Högsta ledningen måste engageras i ett kvalitetsutvecklingsarbete.* För att höja kvaliteten i en organisations tjänster krävs det ett fullgott stöd från ledningen inom organisationen. Genom deras engagemang föregår de med gott exempel och visar vad som bör prioriteras inom organisationen (Ibid).

*För att utveckla kvalitet måste man organisera för kvalitet.* En fungerande organisation är utgångspunkten för att kvalitetsutvecklandet skall bli framgångsrikt. Genom att se över strikta gränser, såväl vertikalt som horisontellt, möjliggörs samarbete mellan avdelningsgränser och hierarkiska gränser. Det är viktigt att skapa förståelse för kvalitetsutveckling och sedan sprida kvalitetstänkandet genom hela organisationen. En satsning från ledningens sida kan bli ett verktyg för att utveckla hela organisationen. Slutligen kan ledningen genom utveckling av kvalitetstänkandet inom alla funktioner stödja frontpersonal. Kvalitetsutvecklingen skapar således synergieffekter genom hela organisationen (Edwardsson, Thomasson, 1989).

### 3.7 Det balanserade styrkortet

Det balanserade styrkortet är en modell som syftar till att förtydliga och skapa enighet kring företagets vision och strategi. Styrkortet skall harmonisera olika avdelningars och individers mål samt koppla ihop de strategiska målsättningarna till långsiktiga mål. (Kaplan & Norton, 1999). Ett större medvetande och en djupare förståelse för verksamheten skall skapas genom en utveckling av kompetens, kundrelationer och informationsteknologi. Det balanserade styrkortet skall även vara en komplettering till årsredovisningens finansiella bild och kommunicera en tydlig förklaring av företagets verksamhet. Modellen har sin utgångspunkt i fyra viktiga perspektiv som kopplar den kortsiktiga verksamhetsstyrningen med den långsiktiga visionen och strategin. Det finansiella perspektivet innefattar traditionell ekonomistyrning, i form av finansiella nyckelmått och styrtal (Olve et al., 1999). I kundperspektivet identifieras de kunder och marknadssegment som verksamheten skall rikta sig mot. Processperspektivet urskiljer de aktiviteter som är mest betydelsefulla för att uppnå ett gott resultat (Kaplan & Norton, 1999). Slutligen skall utvecklingsperspektivet försäkra sig om organisationens långsiktiga förnyelse och därmed även bidra till dess överlevnadsförmåga.

### 3.8 TQM och den offentliga sektorn

I amerikansk litteratur diskuteras det kring att statliga processer ofta naturligt uppfattas som motsatser till det som TQM-filosofin står för. De är byråkratiska,



standardiserade, kundfientliga och tenderar att vara långdragna och felaktiga. Trots detta har det blivit viktigt även för statliga verksamheter att förbättra sitt arbete och sina kundrelationer, mycket på grund av att omgivningen ställer krav på att pengarna ska utnyttjas mer effektivt samtidigt som ett ökat kundvärde efterfrågas. Orsaken kan dels ligga i att kostnadsreduceringar är nödvändiga och dels i att privata sektorn successivt tagit över fler tjänster som den offentliga erbjuder, vilket gett upphov till en ökad konkurrens (Salmhofer, 1999).

Inom den offentliga sektorn är prioriteringar ett vanligt dilemma och beslut måste tas rörande motstridiga behov. Om det saknas tillräcklig kunskap om kunders behov och förväntningar kan resultatet bli missnöje. På grund av begränsade resurser inom den offentliga sektorn tenderar staten att utforma system och mallar som passar alla. Det är av stor vikt att utvärdera befintliga kunders behov, framtida förväntningar och existerande prestationer. För att kunna göra det måste organisationen förändras och nya supportsystem, informationssystem, planerings- och kontrollsystem behövs. På så vis kan de anställda utveckla förståelse för kunder och deras behov. Kvalitetsutvecklingen har ökat inom vården då sjukvården i flera länder har börjat dra nytta av erfarenheter från näringslivet vad gäller hantering av stigande kostnader och ökad konkurrens om patienter och personal. Kontinuerlig kvalitetsutveckling anses vara en strategi för att bättre lyckas med att uppfylla såväl sjukvårdens syfte som den ekonomiska aspekten (Salmhofer, 1999).

### **3.8.1 Processfokus**

Processorientering behövs inom sjukvården för att underlätta det kontinuerliga arbetet med att förbättra kvaliteten och reducera onödig variation eller oförutsägbarhet i en process. Variation i processer kan bero på skillnader i förutsättningar bland olika patient- och personalkategorier, eller på skillnader i kunskap och praxis. Genom att förstå orsaker till variation kan problem lösas på ett tidigt stadie, vilket förklarar varför många kvalitetsförbättringsåtgärder inriktas på variationsförståelse och processanalys. Processer inom sjukvården består av en samling aktiviteter som börjar med läkarbesök, provtagning, undersökning och slutar med behandling, medicinering, utskrivning och eventuella återbesök (Sprirapport 1987).

En effektivisering av organisationens processer innebär en förändring av arbetsrutinerna. Grimby (1998) menar att det är dels personalens kompetens och dels verksamhetens eller uppgiftens komplexitet som avgör om ett arbetsmoment behöver förtydliga sin rutin. En rutin definieras, enligt Grimby, som ett specificerat sätt att utföra en aktivitet. I allmänhet finns rutiner dokumenterade och innehåller då syfte och omfattning av en aktivitet som beskriver vad som skall göras och av vem. Vidare redogör syftet för när, var och hur rutinen skall utföras, vilken utrustning som skall användas, samt hur den skall styras och dokumenteras. För att generera effektiva rutiner måste det klart och tydligt skildras hur arbetet skall genomföras.

Processsynsättet kan betraktas som ett nytänkande inom svensk sjukvård där en övergång sker från anpassning av patienter till sjukvården till en anpassning av sjukvårdens struktur till patienter. Flödet genom sjukvårdssystemet och olika behandlingstillfällen betraktas som processer och det måste utrönas vilka aktiviteter och åtgärder som bäst tillgodoser patientens behov. Kontakten med olika enheter och

avdelningar med avgränsade arbetsuppgifter kan upplevas som förvirrande. Patienten ser nämligen sina behov som en helhet medan sjukvården ser de som en serie separata delar där olika personer ansvarar för sin del. Den otillräckliga samordningen mellan personal på avdelningar och mellan sjukhus och vårdcentraler kan leda till bristande kvalitet och patienten hamnar i ett gränsland där ingen tar ansvar fullt ut. Därmed är det viktigt att kunna mäta och kontrollera processer och fastställandet av mått, mål och mätmetoder är högst väsentligt (Sprirapport, 1987).

### 3.8.1.1 Kundfokus

Inom TQM är det kundrelaterade synsättet centralt men inom sjukvården betraktas begreppet kund som lite främmande. Kund innefattar alla som är beroende av och påverkas av en organisations verksamhet och arbetsinsatser. Kunder innebär då även andra kliniker, kollegor, finansiärer och alla andra i samhället som behöver en fungerande sjukvård. Kvalitetsutveckling utgår, som tidigare nämnts, från patienternas/kundernas behov och önskemål, varför dessa måste identifieras och tydliggöras. Konflikter mellan olika kundgruppers behov bör tas hänsyn till för att orealistiska förväntningar från kunder skall undvikas. Identifiering av intressenter och deras förväntningar kan göras genom patientenkäter, intervjuer, attitydundersökningar bland personal och dokumentation av patientsynpunkter (Sprirapport, 1987).

### 3.8.1.2 Mål och mått

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd skall *"Verksamhetsinriktningen och målen bestämmas utifrån patienternas och befolkningens behov, krav i lagar, författningar och bestämmelser, övriga krav på verksamheten, vetenskap och beprövad erfarenhet, riskanalys och effektiv resursanvändning"* (SOSFS 1996:24 allmänna råd, sid 9).

Målen kan delas upp i olika nivåer och organisationens mål kan vara både nationella, regionala, lokala samt enskilda. Tillsammans skall de stödja varandra så att den svenska sjukvården strävar mot samma håll. De har ett flertal syften och skall bland annat tala om vad som skall uppnås samt informera personal, patienter och samhällsmedborgare om vilka kvalitetsmål den politiska ledningen av verksamheten skall leva upp till. Ett annat syfte är att utvärdera verksamhetens måluppfyllelse, vilket kan göras genom inriktningsmål. Effektmål är en annan målsättning som beskriver vilket utfall verksamheten bör klara att uppnå. Ett tredje användbart mål är produktionsmål som beskriver till exempel hur många patienter en primärvårdsläkare skall ha eller hur många operationer av en viss sort som skall genomföras under en begränsad tid (Sprirapport, 1993).

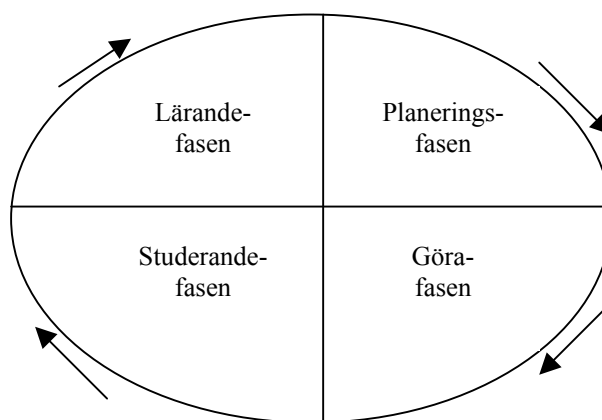
Användandet av målen kan ske på olika sätt. En vårdgivare använder sig ofta av övergripande mål som en verksamhetschef sedan får formulera om och bryta ned till mer operativ nivå. Svårigheten ligger ofta i att bestämma ambitionsnivån för att målet skall få den effekt som är tänkt. En av målens viktigaste uppgifter är att engagera medarbetarna så de kan nå de krav som ställs på verksamheten och i ett senare led utvärdera, analysera samt dra lärdom av resultaten. Ett bra mål skall vidare var tydligt och visa i vilken riktning alla i verksamheten skall sträva i sitt arbete. Dessutom skall det ge mening åt arbetet och vara en uppmaning till ständig utveckling av

verksamheten genom att främja den egna kompetensen och kunnandet (Sprirapport, 1993).

För att utföra kvalitetsutvecklingsåtgärder underlättar det om olika kvalitetsmål sätts upp för centrala verksamhetsområden. Kvalitetsmål bör vara förenliga och gå i linje med sjukhusets policy och övriga mål. Enligt riktlinjer för TQM ger det bäst effekt om målformulering sker i samarbete med berörd personal, som då blir medveten och känner delaktighet i måluppfyllelsen. Målformuleringen bör dock främst utgå från patienters behov och önskemål (Sprirapport, 1993).

Edvard Deming (refereras av Grimby, 1998) menar att kvalitetsarbete har sin utgångspunkt i att planera, genomföra, följa upp samt att analysera och lära av resultaten. Han redogör för detta i PDSA-cykeln (Plan-Do-Study-Act), som är ett hjälpmedel för att genomdriva olika förändringsprocesser. Genom information som erhålls kan processen förbättras och på längre sikt även resultatet. I planeringsstadiet bestämmer företaget vad som skall göras, av vem, hur och när. Nästa fas blir genomförandet av förändringen som beskriver när och hur arbetet skall gå till. I den tredje fasen studeras resultatet av utfallet och slutligen i lärandefasen utvärderar organisationen vad den lärt sig och hur den skall gå vidare. För att Demings modell skall bli användbar krävs det dock att verksamheten har tydliga, klara och mätbara mål men även enkla och effektiva utvärderingsmetoder. Vidare bör det betonas att modellen är analytisk och kan ha viss betydelse på praktisk nivå. Det tenderar att finnas en risk vid kvalitetsarbete att tyngdpunkten läggs på metoder och hjälpmedel för att nå högre kvalitet istället för på resultaten där fokuseringen borde ligga.

### 3.8.1.2 Demings förbättringscykel



Källa: Grimby, Kvalitetssystem, 1998

För att på ett bra sätt kunna utvärdera kvalitetsarbetet krävs enkla, tydliga och relevanta mått. Måtten tydliggör fokusering av organisationens intresse, och resultat av mätningar ligger till grund som bevis för hur verksamheten fungerar och hur den skall bli bättre. Vid förändringar som leder till att nya mål formuleras är det viktigt att på ett tidigt stadie utvärdera om projektet levt upp till förväntningarna och om målen

uppnåts. Uppföljningar skall snabbt återföras till medarbetare så de blir varse om utfallet och vilka nya arbetsmetoder som krävs för att nå målen. Då kan felaktigheter och ineffektivitet snabbt åtgärdas och hindras att få fäste i organisationen. Det kan emellertid vara svårt att fastställa kvaliteten i den offentliga sektorn på grund av dess svåråtkämpliga måluppfyllelse (Grimby, 1998).

### 3.8.2 Olika sorters sjukvårdskvalitet

Kvalitet kan ses ur olika perspektiv inom sjukvården och nedan skildras de tre vanligaste. *Strukturkvalitet* kan beskrivas som personalens kompetens och utbildningsnivå, utrustningens säkerhet och hållbarhet samt patienters kunskapsnivå och hälsomedvetenhet. Prestationers egenskaper formuleras i *processkvalitet* och kan delas in i preventiva, diagnostiska, behandlande, omvårdande och rehabiliterande aktiviteter. Processkvalitet utgör en stor del av patienternas totala kvalitetsuppfattning och häri ligger de största möjligheterna till effektivisering. Kvalitet ur det sistnämnda perspektivet, *resultatkvalitet*, kan uttryckas i termer av dödlighet, sjuklighet, livskvalitet och läkning. Sambanden mellan de olika aspekterna på kvalitet är flera. God kvalitet på resurssidan, i form av välutbildad personal, säker och hållbar utrustning samt trivsamma och funktionella lokaler, kvalificerar organisationen till att uppnå goda vårdresultat. Fokusering inom vården ligger ofta på resultatmått men det är ändå viktigt att försöka se förbi resultat och bedöma kvalitet såväl i struktur som i processer, då det är svårt att hitta tillförlitliga och praktiskt användbara resultatmått (Spirirapport, 1987).

### 3.8.3 Sambandet mellan produktivitet, effektivitet och kvalitet

Det finns ett flertal samband mellan kvalitet, produktivitet och effektivitet. Vanligtvis har motsättningarna mellan att spara och förbättra varit stora och i många fall har fokusering på produktivitet kommit före kvalitet. Valmöjligheten i kvalitetsarbete har tidigare legat mellan att antingen reducera kostnaderna och minska kvaliteten eller att utveckla verksamheten. Spara och samtidigt förbättra har inte varit ett alternativ och inte heller bättre service tillsammans med högre kvalitet. Men samhället har både förändrats och utvecklats och ett nytt offentligt perspektiv har tagits i beaktande som handlar om kvalitet, samverkan och utveckling för samhällsnyttan (Edwardsson, Thomasson 1993).

Produktivitet definieras som förhållandet mellan antal utförda insatser och förbrukade resurser. Produktivitetmätningar tar fram förmågan att omvandla insatta resurser till resultat, vanligen någon kvantitativt mätbar del av sjukvården. Förmågan beror till stor del på produktionsprocessen som innefattar både organisation, teknik och kvalitet på de använda produktionsfaktorerna. Produktivitet mäts vid överförandet mellan läkare och patient till skillnad från effektivitet, som anger förhållandet mellan det medicinska resultatet och de kostnader som de förknippas med. Vidare beskrivs produktivitet som förmågan att uträtta fastställda saker på rätt sätt medan effektivitet uttrycker huruvida rätt saker blivit gjorda. Om produktivitetmått skall vara en meningsfull parameter måste den bedömas mot bakgrund av målet för verksamheten (Andrén, Sandberg 1991).

Eftersom vårdkvaliteten är en relativt bred och oklar definition är avgränsningen mot begrepp som effektivitet och produktivitet otydlig. Som tidigare nämnts är effektivitet förhållandet mellan resultat och kostnad och måste bedömas med utgångspunkt i verksamhetens mål. För att mäta nyttan av vårdinsatserna krävs effektmått och resultatmått som visar hur väl målen nås. Måtten kan dock endast urskiljas på lång sikt då det är svårt att se effekterna av somliga vårdinsatser eftersom andra förhållanden stör. Produktivitetmätningar kan ses som komplement till effektivitetmätningar. Mått såsom antal läkarbesök, vårdtillfällen och antal operationer används för att beskriva omfattningen av en viss verksamhet. Vid analys av såväl effektivitets- som produktivitetmått är det av stor vikt att hänsyn tas till den konflikt som kan uppstå dem emellan. Det är viktigt att betona att även om rätt saker görs måste de även utföras på rätt sätt för att få balans mellan effektivitet och produktivitet (Edwardsson, Thomasson 1993).

### 3.8.4 Kvalitetskostnader

Termen kvalitetskostnad har olika betydelse för olika människor. En del likställer begreppet med kostnader för att förvärva kvalitet medan andra jämför det med kostnader för att driva och utveckla kvalitetsarbete. För kvalitetsspecialister däremot innefattar begreppet ofta kostnader som uppstår på grund av kvalitetsbrist (Juran, 1988). Det finns uppenbara samband mellan kvalitet och kostnad även om inte kostnadsaspekten tas hänsyn till i kvalitetsdefinitionen. En för låg kvalitet i vården kan medföra kostnader för att rätta till fel som hade kunnat undvikas eller förebyggas, det vill säga kostnader för kvalitetsbrist, vilka minskar när kvalitetsnivån stiger. Högre kvalitet innebär dock att kostnader ökar med den stigande kvalitetsnivån, till exempel om fler prover tas eller om risker förebyggs. Kvalitetskostnader kan enligt Ovretveit (refereras av Sandholm, 2001) beräknas utifrån fyra perspektiv. Kostnader som uppstår på grund av *externa brister* kan innefatta hantering av klagomål samt kostnader för förlorad kund. Ineffektivitet och kvalitetsbrist i produktion ger upphov till *interna brister* som kan bli stora utgifter för organisationen. Kostnader för att *förebygga kvalitetsproblem* och interna brister är ytterligare ett perspektiv som organisationen måste fokusera på för att åtnjuta ekonomiska fördelar på längre sikt. Slutligen är det av stor vikt att kontinuerligt följa upp kvaliteten och initiera förändringar och därmed måste organisationen även ta hänsyn till kostnader för *kvalitetssäkring* (Sprirapport 1987).

### 3.8.5 Kvalitetssystem

*Med kvalitetssystem menas organisatorisk struktur, ansvar, rutiner, processer och resurser för att leda och styra verksamheten med avseende på kvalitet. Det bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla kvalitetsmålen. (ISO 9000: s definition av ett kvalitetssystem)*

Kvalitetsverksamheten i företag brukar beskrivas och regleras genom kvalitetssystem som innefattar mål, policys, strategier, instruktioner och rutiner. För att system skall uppfylla vissa grundläggande krav finns det flera standarder som beskriver hur det kan se ut. Det grundläggande syftet är att göra vardagsarbetet tydligt och effektivt och systemet kan beskrivas som ett hjälpmedel för att styra, förbättra och säkra kvaliteten i en organisation. Kvalitetssystemet utgör de principer, aktiviteter och grundläggande

ordning som styr verksamheten mot önskad kvalitetsnivå. Momenten i kvalitetsarbetet skall dokumenteras, dels för att möjliggöra internkontroller och revision och dels för att uppfylla krav i gällande lagar och författningar. Det är ett långsiktigt projekt och hänsyn måste tas till såväl verksamhetens storlek som komplexitet.

Genom att använda sig av ett kvalitetssystem kan organisationen på ett bättre sätt förebygga skador, avvikelser och felhandlingar vilket är oerhört viktigt inom tjänsteproducerande verksamhet. Ett effektivt kvalitetssystem möjliggör ett kontinuerligt kvalitetsarbete som integreras i det dagliga arbetet och blir en hjälp i jakten på ständiga förbättringar. Det måste finnas en vilja att genomföra kvalitetsförbättringsåtgärder bland personalen vilket i sin tur ökar personalengagemanget samt tydliggör ansvar och befogenheter. Kvalitetsarbete är ett kontinuerligt arbetssätt där alla måste inkluderas för att verksamhetens resultat och kvalitet skall bli synlig. Ett kvalitetssystem ger inte i sig hög kvalitet men rätt använt skapar det stora förutsättningar för goda resultat inom vårdkvalitet (Grimby, 1998, Berggren et al., 2001).

### **3.8.6 Kvalitetssäkring**

Begreppet kvalitetssäkring innefattar moment som att mäta och värdera kvalitet samt olika åtgärder för att vid behov förbättra kvaliteten. Medan kvalitet står för enstaka bedömning kan kvalitetssäkring mer ses som en process. Processen innefattar ett antal olika aktiviteter och ett första steg i kvalitetssäkringsproceduren är en problemlösningsidentifikation som inrymmer vad verksamheten bör fokusera på. Härfter fastställs mål, kriterier och standarder som följs av en mätning av faktisk kvalitet, där metoder för uppföljning och utvärdering utarbetas. Mätresultatet värderas och analyseras så att orsaker till eventuella kvalitetsbrister skall upptäckas. I uppföljningsarbetet görs jämförelser mellan mål och verklighet för att finna orsaker till avvikelser. Som ett sista steg vidtas åtgärder för att förbättra kvaliteten samtidigt som en ny mätning görs för att slutligen följa upp effekterna av kvalitetssäkringen (Spirirapport, 1993).

### **3.8.7 Dokumentation**

Ett kvalitetssystemets delar skall dokumenteras, dels för att författningar kräver det men också för att kvalitetssystemets olika dokument styr verksamhetens kvalitetsarbete. Dokumenten skall sedan ligga till grund för att hjälpa alla i verksamheten att nå uppsatta kvalitetsmål. Det är av stor vikt att kunna visa patienter och andra intressenter hur arbetet med kvalitet går till. Kraven utifrån berör såväl lagar och författningar men även säkerhetsaspekter på omvårdnad, kompetens, vård och patientaktiviteter. Vidare ställs även krav på hur vårdleverantören följer upp och utvärderar sina avvikelser och rutiner. Medvetenheten hos patienter ökar och i framtiden kommer troligtvis ännu högre krav att ställas på vårdleverantören (Grimby, 1998).

Det är viktigt att all personal känner till och behärskar sina delar av arbetsprocessen och dess rutiner så att de på ett säkert sätt kan medverka till att uppfylla de krav som ställs på verksamheten. För att detta skall vara möjligt krävs kontinuerlig uppdatering av personalens kunskap och även utbildning av ny personal i organisationens

kvalitetspolicy och system. Dokumentation används också för såväl interna revisioner och granskningar som egenkontroller.

Vid kartläggning av processer och utveckling av rutiner är det betydelsefullt att alla medarbetare medverkar. Genom engagemang från de som dagligen utför arbetet fås värdefull kunskap och erfarenhet vilket bidrar till att processer och rutiner kan effektiviseras. Dokumentation ger också möjlighet att gå tillbaka och analysera varför ett utfall blev på ett visst sätt så att åtgärder kan tas fram för att undanröja ytterligare avvikelser. Det krävs också regelbundna granskningar för en fortsatt utveckling av verksamheten och dess kompetens. Resultat måste återkopplas till medarbetarna för att feedback på utförda handlingar skall kunna ges. I en kvalitetsplan skall verksamhetschefen besluta om hur rutiner och instruktioner skall godkännas, fastställas, dokumenteras och registreras för att vara tillgängliga och finnas som underlag till utvärdering och uppföljning.

En effektiv dokumentation skall ha balans mellan personalens färdigheter, utbildning och erfarenhet. Vidare skall den upplevas som användbar och utelämna onödiga detaljer och hänvisningar. Dokumentering är ett omfattande och tidskrävande moment men dess ingående beskrivningar av hur verksamheten fungerar är ett mycket användbart hjälpmedel som på lång sikt är värt det arbete som krävs. Eftersom utveckling ständigt sker skall den löpande justeras med ny information (Grimby, 1998).

## 4 Empiriskt avsnitt

*I vårt empiriska kapitel redovisar vi för hur avdelningen Reumatologen på Sahlgrenska skapar kvalitet och hur kvalitetsprocessen går till. Vi presenterar de mest väsentliga delarna av det empiriska materialet för att belysa de aspekter som är intressanta utifrån frågeställningen.*

### 4.1 Företagspresentation

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) bildades den första januari 1997. SU består av de tidigare sjukhusen Mölndal, Sahlgrenska och Östra Sjukhuset. Nya möjligheter sågs med att samla resurserna för akutsjukvård på ett ställe och den nya organisationsformen genomfördes för att försäkra invånarna i Storgöteborg om en god vård. Dessutom ansågs organisationen på ett bättre sätt säkra förutsättningarna för forskning, utveckling och utbildning.

Sahlgrenska är Nordeuropas största sjukhus med 17 183 anställda och erbjuder sjukvård för ungefär 700 000 invånare i Göteborgsregionen. Det erbjuds även högspecialiserad vård för 1,7 miljoner invånare i Västsverige. Universitetssjukhuset arbetar med tre huvuduppgifter, länssjukvård med akutverksamhet, region och rikssjukvård samt forskning, utveckling och utbildning. Med tanke på Sahlgrenskas storlek är organisationen mycket komplex och omfattande. Sjukhuset består av tio områden som innehåller 74 ”verksamheter” med eget verksamhetsansvar, vars områdeschefer är direkt underställda sjukhusdirektören. Närmast patienterna finns det 450 vårdenheter, avdelningar eller kliniker.

Vi har valt att göra en undersökning på Reumatologen som ingår i området Hud-könssjukvård, Plastkirurgi, Reumatologi, Arbetsterapi och Sjukgymnastik (HOPRAS). Verksamheten består av en mottagning samt två avdelningar och totalt arbetar cirka 145 personer inom Reumatologen. Det övergripande ansvaret för området HOPRAS ligger hos områdeschefen. Vidare har området en kvalitetschef som ensam driver kvalitetsfrågor på högre instans. På Reumatologen finns en verksamhetschef som har det totala ansvaret för avdelningen följd av en vårdenhetschef som ansvarar för öppenvården. Inom Reumatologen arbetar ungefär 50 anställda i slutenvården och cirka 60 anställda i den öppna vården. De resterande 25 i personalstyrkan är verksamma läkare. Slutligen köper avdelningen in tjänster i form av 12 stycken sjukgymnaster och arbetsterapeuter.



#### 4.2 Perspektiv på kvalitet inom Reumatologen

Kvalitet innebär, enligt kvalitetschefen, att förbättra verksamheten till förmån för de som organisationen är till för. Kvalitetsarbetet kräver vetskap om vem som är ens kund och kvalitetsansvarig menar att ordet kund är en bra benämning som inbegriper olika intressenter. De parter som har anknytning till sjukhusets verksamhet kan betraktas som dess kunder och består bland annat av patienter, studenter, remitterter och institutioner. Kvalitetschefen likställer vidare kvalitet inom Reumatologen med initiering av förbättringsåtgärder. Genom att utföra aktiviteter på ett effektivt sätt, samtidigt som rätt saker görs, vill avdelningen skapa mycket vård till så liten kostnad som möjligt. Effektivisering av processer skall i sin tur leda till högre tillgänglighet för patienter eftersom de anställdas möjligheter att öka arbetstakten är små och risk finns att de endast resulterar i stress och utbrändhet. Vidare menar verksamhetschefen att:

*”Kvalitet är till för att ge bästa möjliga vård åt kunderna, med bästa möjliga tillgänglighet och minsta möjliga fel.”*

Kvalitet behövs därmed, poängterar han, för att säkerställa vården och utförandet men också för att behålla patienterna. Dessutom erfordras kvalitet för att personalen skall kunna utföra sitt arbete tillfredställande för om de känner trygghet och säkerhet kan en vård med hög kvalitet erbjudas.

De intervjuade på Reumatologen anser att det krävs kontinuerligt arbete med kvalitet eftersom förutsättningarna för vården förändras och nya arbetsmetoder och mediciner ställer krav på förbättring. Ytterligare kvalitetsfokusering är nödvändig vilket även kvalitetschefen poängterar genom uttrycket:

*”Den som slutar försöka bli bättre slutar också vara bra”*

Föränderliga vårdflöden, där olika behov finns vid olika tidpunkter, gör att köer snabbt kan skapas. Vårdsituationen leder, enligt verksamhetschefen, till att Sahlgrenska måste ta ansvar för fler patienter om kapaciteten är knapp vid andra sjukhus eftersom människor som behöver vård inte kan uteslutas. Vid en högre belastning där fler patienter kräver särbehandling och återbesök blir det svårt att behålla kvalitetsnivån.

Det framgår av intervjumaterialet att Reumatologen, förutom processorientering även fokuserar på kunden samt delaktighet och ansvar hos personal, vilket är i enlighet med Total Quality Management (TQM). Kontinuerlig kvalitetsfokusering innebär att mer kraft och tid skall läggas på effektivisering men vårdenhetschefen menar att:

*”kvalitetsfokusering skall inte stressas fram för det gäller att få med sig hela personalen i kvalitetstänkandet och vid förändringar krävs det att de nya idéerna är ordentligt utvecklade så att de kan förankras”*

Kvalitet ur en annan aspekt handlar om att arbeta med strategier och försöka se till strategiska frågor i framtiden. Av intervjumaterialet kan vi utläsa vikten av att se

framåt för att kunna möta framtida kunders behov. Som helhet har inte området för Hud-könsjukvård, Plastikkirurgi, Reumatologi, Arbetsterapi och Sjukgymnastik (HOPRAS) totalt anpassat sig till omgivningen eftersom de inte maximalt kan tillgodose sina olika kunders specifika behov. Kvalitetschefen poängterade som ett exempel under intervjun att det finns stora möjligheter att utveckla arbetet kring "Internetpatienter". I dagens samhälle spelar Internet och datorisering en stor roll men all personal på Sahlgrenska är inte lika insatt och tränad på området. Chefen menar att det emellertid finns potential till att bli bättre på att möta upp nuvarande och framtida patienters behov.

#### *4.3 Förändring av kvalitetsprocesser*

Det första steget i processarbetet är att förstå huvudprocessernas aktiviteter för att fastställa vad som kan förbättras, betonar vårdenhetschefen. Därmed är en omfattande kartläggning av processernas nuvarande struktur viktig och all berörd personal bör fokusera på vad som kan göras bättre och vilka åtgärder som skall vidtas. Västra Götalandsregionen använder sig av processkartläggningsverktyg som bland annat bygger på PDSA-cyklar. Under intervjun med kvalitetsansvarige framhålls processkartläggningsverktyg enbart som modeller, som inte i sig skapar någon kvalitet men däremot bidrar med betydelsefull information. Parallellt med PDSA-cyklar arbetar Sahlgrenska sedan 1998 med ett balanserat styrkort för att bland annat underlätta arbetet med processförbättringar. Om personalen besitter tillräcklig kunskap om vad processförbättring innebär kan organisationen åtnjuta fördelar genom att använda sig av styrmodellerna.

Vårdenhetschefen menar att en naturlig förändring av synen på kvalitet har skett. Det balanserade styrkortet används i Västra Götalandsregionen som hjälpmedel för att förbättra kvaliteten i verksamheten. Det är dock inte styrkortet allena som har bidragit till dagens synsätt utan istället har organisationen mognat och personalen blivit mer mottaglig. En anledning kan vara att begreppet balanserat styrkort introducerades i ett tidigt stadie för ett antal linjechefer på Sahlgrenska som fick utbildning inom TQM-frågor. I takt med att deras kvalitetstänkande mognade spreds synsättet genom organisationen och ett beslut om implementering av styrkortet blev mer naturligt. Vårdenhetschefen menar vidare att det är viktigt att invänta rätt tidpunkt till förändring då det annars är svårt att få med hela personalstyrkan. Nya direktiv från Sahlgrenskas ledning, som innebär att implementeringen numera är nödvändig, påskyndar införandet av styrkortet och användandet är inte längre en valmöjlighet. För personalen på Reumatologen innebär det en ökad inlärningstakt och snabbare anpassning till de nya kraven.

Vårdenhetschefen anser att Reumatologen fokuserar på de aktiviteter som leder till en högre kvalitet. Kvalitetsförändringar har som främsta mål att förbättra och effektivisera processer för de anställda, då den märkbara tidsbristen är ett kontinuerligt problem som måste bearbetas. Enligt chefen påverkar processförbättringar patienter positivt i ett senare led i form av ökad tillgänglighet av tjänster inom vården.

#### 4.4 Processtänkande – upphovet till förbättringar?

Ett antal olika projekt har påbörjats för att förbättra kvaliteten operativt inom Reumatologen varav ett projekt går ut på att korta väntetiderna för nya besökare och garantera återbesökare att få komma inom avtalad tid. Vårdenhetschefen som ansvarar för projektet berättar följande:

*”Vår målsättning är att 75 procent av alla nya patienter skall få en tid inom tre månader samtidigt som 75 procent av återbesökarna skall få komma inom avtalad återbesökstid.”*

Förutsättningarna för kökortningsprojektet är att ändra något i systemet utan att arbetsmiljön försämrats. Olika idéer som rör projektet prövas i pilotstudier för att sedan utvärderas och arbetsbelastningen följs upp via enkäter till medarbetarna. Den fortlöpande förändringen är tänkt att påverka ett antal faktorer. Däribland tiden det tar från att en remiss skrivs tills det att läkaren bedömer den, andel sjukskötersketelefonersamtal som leder till läkaråtgärder samt hur snabbt problem och önskemål som patienter har kan åtgärdas.

I genomförandefasen av projektet kartlades såväl patienter som fördelningen mellan nybesök och återbesök. Vårdenhetsansvarig anser att kartläggningen bidrog till ett mått som kunde tydliggöra om målet uppfylldes eller inte. Rutiner förändrades när den tidigare processen ifrågasattes och nya metoder för effektivisering arbetades fram.

*”Effektiviseringen medförde en uppstädning i kösystemet vilket hade till följd att vi upptäckte patienter som stått i kö i flera år men som inte längre behövde en tid. När dessa patienter rensades bort klarade vi 75 procentsmålet för en tid.”*

Vårdenhetschefen berättar att då det skall vara möjligt för 75 procent av patienterna att få komma inom avtalad tid ges det numera valmöjlighet att besöka en underläkare istället för en specialistläkare. Om patienten däremot hellre vill invänta tid hos den ordinarie läkaren måste han själv avboka sitt besök. Förbättringen av processen har fått ett positivt gensvar hos patienterna och 80 procent valde att tacka ja till besök hos underläkare. Förändringen har medfört ett större inflytande och projektansvarig menar att patienten nu själva kan välja hur pass viktigt det är att snabbt få träffa en läkare. Avdelningen kan därmed hålla en medicinsk kvalitet men nackdelen är att någon större läkarkontinuitet inte kan uppnås.

Guldsaltsprojektet är en annan förbättringsåtgärd som utarbetats av operativ personal på Reumatologen under hösten 2002. Projektet vänder sig till patienter som behandlas med guldsaltsinjektioner för sin reumatism. En undersköterska berättar att det tidigare krävts att patienten infunnit sig två gånger i veckan för att kunna ta emot behandling. Först för tagning av blodprover, där normala blodvärden säkerställs och sedan måste patienten återkomma två dagar senare för guldsaltssprutan.

*”Då en effektivisering av rutinen genomfördes kunde vi utföra båda momenten under ett besök. Patienternas provsvar framställs idag direkt på avdelningen till skillnad från tidigare då blodproverna skickades till laboratoriet.”*

Effektiviseringen möjliggörs till stor del genom att Reumatologen använder en maskin som inom loppet av en timme kan leverera provsvar. Då apparaten är leasad innebär den ingen tung kostnadspost och undersköterskan menar att en förbättring av processen därmed bidragit till såväl billigare som mindre tidskrävande moment. Ur patientens synvinkel medför effektiviseringen att provtagning och spruta kan avverkas vid samma tillfälle. Ytterligare ett steg mot individanpassning är möjligheten för somliga patienter att få guldsaltssprutan tidigt på morgonen och rutinen har införts för att tillgodose arbetande patienters behov. Förändringen har väckt intresse bland sjuksköterskor på avdelningen att effektivisera fler processer och rutiner kring andra preparat.

Ett annat kvalitetsprojekt, som vårdenhetschefen tar upp, handlar om telefontillgänglighet. I projektet användes en PDSA-cykel som i planeringsstadiet kartlade hur avdelningen skulle kunna påverka sin tillgänglighet. Genom en enkätundersökning klargjordes hur patienterna upplevde telefontillgängligheten och det framgick att de ansåg att telefontiden var för kort samtidigt som det var svårt att nå rätt person. I genomförandefasen ändrades rutinerna och telefontiden utökades. Vårdenhetschefen berättar vidare att en telefonsvarare därmed installerades för att ytterligare underlätta kontakten. När resultatet av förändringen sedan studerades beaktades åsikter från såväl patienter som personal. I den slutliga fasen värderades projektet och förändringen genomfördes.

Kort återbesök vid förlängning av sjukskrivning är ännu en förbättringsåtgärd som införts, berättar vårdenhetsansvarig. Även detta projekt genomfördes med hjälp av en PDSA-cykel där målet var att uppdatera väntelistan samt diskutera med patienten om alternativa lösningar till en fortsatt sjukskrivning. I planeringsfasen kartlades patienterna och i handlingsstadiet erbjöds de ett 15-minuters besök, dels för att inte belasta telefontiderna och dels för att det per telefon är svårt att fastställa om patienten behöver fortsatt sjukskrivning. Studieresultatet visade ett positivt utfall där både patienter och personal var nöjda och drog fördel av förändringen. Vårdenhetschefen anser att det är ett exempel på skapande av kvalitet utan att kostnaderna har ökat eftersom:

*”Vi har minskat vår tid i telefon och prioriterar istället personliga besök som uppskattas av patienterna. Dessutom ger varje besök intäkter från staten.”*

På frågan om vilken del av arbetet som har störst behov av kvalitetsförändringar poängteras effektivisering av processer där tid frigörs som istället kan läggas på fler patienter. En effektiviseringsförbättring som initierades från operativ nivå bidrog till att förkorta sorteringsprocessen av signerade och osignerade provsvar. Tidigare var detta en utdragen process, menar en kanslist, där osignerade provsvar först sorterades för att sedan signeras och sorteras ytterligare en gång. Dagens process är gemensam och tidsbesparande och patienten kan numera omgående få besked om provsvar, vilket ökar kvaliteten. Även diktaten sorteras samtidigt som provsvaren vilket leder till ytterligare effektivisering, för såväl undersköterskor som sekreterare. Med hjälp av ett nytt datorsystem som skall införas under 2003 menar en kanslist att arbetet med patienthantering ytterligare kommer att kunna effektiviseras.

Verksamhetschefen menar att kvalitetsförändringar inom Reumatologen inte endast kan fokusera på inflöde, utan även verksamhetens utflöde måste ses över och patienter skall inte vara kvar i systemet i onödan. Om vårdcentralerna erbjuder tillräcklig vård för dessa patienter kan Reumatologens resurser läggas på mer behövande patienter. Det gäller därför att ha rätt patienter kvar och bestämma vem som bör, kan och eventuellt kan utremitteras.

För att öka tillgängligheten för patienter på Reumatologen och på så sätt bli mer kundanpassade har kvällsmottagningar inrättats tio gånger per termin, vilket även ger möjlighet att arbeta undan köerna. Arbetet har varit lyckat, enligt vårdenhetschefen, och köerna har minskat betydligt. Kostnaderna blir dock högre och hon förtydligar att projektet endast är en kortsiktig satsning i strävan efter alternativ till mer långsiktiga lösningar. Hon poängterar att det i projektet finns risk för att nya problem uppstår då fler patienter i systemet kan leda till nya flaskhalsar i form av ökat antal behandlingar och återbesök.

Effekterna av att använda TQM, menar kvalitetschefen, kan patienter bäst ge en bild av. Hon betonar att Sahlgrenska alltid varit fokuserade på sina patienter men att arbetet hela tiden kan bli bättre. Tillgängligheten har utökats men samtidigt har patienterna blivit fler. Vilka effekter en TQM-anpassning av vården har beror, enligt henne, på vem man frågar men genom att ha såväl kvällsmottagningar som effektivare processer skapas en mer patientanpassad attityd. Det är till stor del verksamhetens inriktning som avgör hur lätt en patient kan komma ”innanför väggarna” och åtgärder har vidtagits för att förbättra tillgängligheten.

#### *4.5 Mål och mått – en del av kvalitetsprocessen*

Områdesledningen formulerar övergripande mål, vision och verksamhetsidéer för HOPRAS. Ett överordnat mål som betonas är, enligt kvalitetschefen, att ha välutbildad personal, varför en kartläggning av akademisk status inom HOPRAS pågår för att se vilka satsningar som bör göras. Den akademiska nivån inom Sahlgrenska, menar hon, är relativt hög i jämförelse med andra branscher. För att underlätta förbättringsarbetet genomförs kurser samt annan utbildning av all personal inom området. När de strategiska målen är utformade måste de brytas ned till aktiviteter för att anpassas till respektive verksamhet. Aktiviteterna ses över och analyseras så att lämpliga lösningar till måluppfyllelse kan synliggöras. Slutligen dokumenteras arbetet och berörd personal kan ta del av prestationerna.

De mål som finns inom avdelningen är först och främst till för personalen men påverkar även patienterna i ett senare skede. Kvalitetschefen befarar emellertid att målen inte alltid är ordentligt förankrade hos all personal. Personalens kännedom om verksamhetens mål kan variera och eftersom det inte finns undersökningar utförda kan hon inte klart och tydligt ge oss svar på frågan. Hon tillägger dock att en internrevision kan kartlägga målförankringen och ge en bättre uppfattning om personalens kunskap.

Varje enskilt projekt har sina mål och vid en intervju gavs ett exempel med utgångspunkt i Guldsaltsprojektet. Initialt genomfördes enkätundersökningar för att se

vad patienterna tyckte om förändringen. Resultatet följdes sedan upp och diskuterades för att se vilka ytterligare förbättringar i processen som det fanns potential för. Målet för projektet var att alla patienter generellt sett skulle vara nöjda. Projektgrundaren visade oss resultatet av sina mätningar vilka var övervägande positiva.

För att följa upp vad patienterna anser om det nya behandlingssättet kommer en ny undersökning att ske i januari då pilotprojektet tar slut. Ytterligare ett exempel, som tidigare nämnts är, proceduren kring effektivisering av väntetider. Då målet är att 75 procent av ny- och återbesökare skall få tid inom tre månader fokuserar projektet på tillgänglighetsmått som sammanställs i diagram och jämförs över tiden. Problematiken med mätningar ligger emellertid i svårigheten att hitta bra och tillförlitliga mått.

Vårdenhetschefens åsikt är att allting måste mätas, dels för att underlätta personalens lärande och rutiner och dels för att materialet skall kunna användas som bevis gentemot högre instans. Mätningar såsom antal *nybesök*, antal *återbesök* samt *patienttillgänglighet* används dagligen inom sjukvården. Vårdenhetschefen framhåller mätning av nya rutiner och betonar att det som är av vikt i verksamheten också skall mätas genom ett citat:

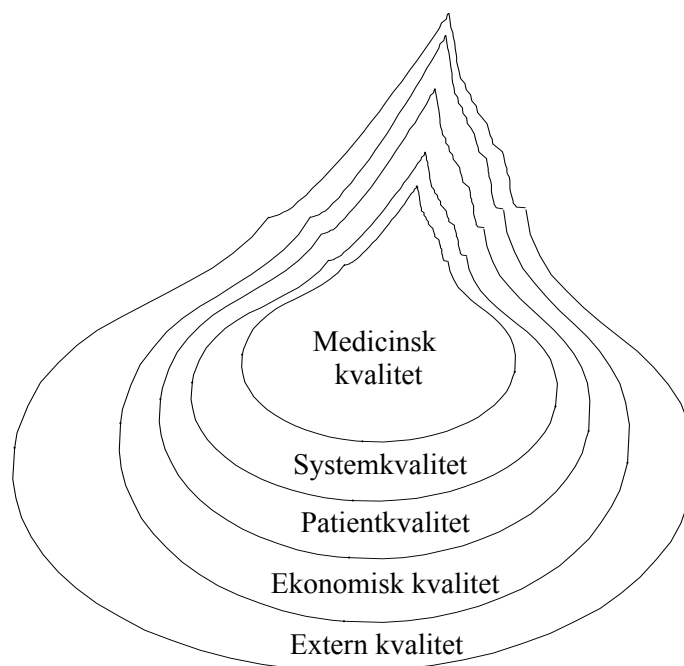
*”Att styra ett högt blodtryck utan att mäta det kallas för **kvacksalveri**. Att påstå att något är forskning utan att ha mätresultat kallas för **forskningsfusk**. Att styra en verksamhet utan att mäta den kallas för **management**.”*

#### 4.6 Kvalitetsslöken – modellen för totalitet

Verksamhetschefen menar att det primära målet med kvalitetsstyrning är att förbättra villkoren för patienter och skapa en säker och trygg sjukvård. Det speglar sig på Sahlgrenska genom en fokusering på produktion och processer. Aspekten med att synas utåt, fortsätter han, är emellertid också viktig eftersom ett gott rykte krävs för att vara ledande inom sjukvård. Image spelar därmed en viss roll i kvalitetsarbetet men verksamhetschefen betonar samtidigt att det krävs mer än så för att upprätthålla hög kvalitet och menar:

*”Processerna kommer främst men det är även viktigt med image och vi bör skryta lite för att framhäva det vi är bra på. Grunden i kvalitetsidén är dock inte image för om man endast bygger på det så har man inte mycket att komma med. Det är emellertid viktigt att framhålla sin egen organisation.”*

Vårdenhetschefen visar kvalitetslöken, en modell som beskriver Reumatologens total kvalitet utifrån fem kvalitetsparametrar. Kvalitetsarbetet börjar i modellens kärna och allt eftersom parametrarna successivt uppnås och rätt kvalitetsnivå blir tillfredsställd, kan arbetet fortsätta till nästkommande nivå. Kärnan i modellen innefattar *medicinsk kvalitet* i form av den kunskap som personal besitter. Nästkommande parameter skildrar *systemkvalitet* som visar läkartillgänglighet och besökskontinuitet. *Patient/kund kvalitet* framhåller omfattningen av personalens bemötande och service. Därefter betonas den *ekonomiska kvaliteten* som sätter kostnad i relation till nytta. Slutligen understryks den *externa kvaliteten* som fokuserar på aspekter som image och miljö. Vårdenhetschefen, som betonar vikten att inte påskynda förändringar och tvinga in styrverktyg som balanserat styrkort i organisationen, berättar att Reumatologen idag främst fokuserar på systemkvalitet.



#### 4.6 Kvalitetslöken

Källa: Egenkonstruerad bild som bygger på internt material från Reumatologen

#### 4.7 Initiativ till förändring – en strategisk eller operativ fråga?

Kvalitetsarbetet utvecklas främst genom långsiktiga strategier, där direktiv till förändring inom HOPRAS antingen kommer från högsta ledning eller områdeschef. Kvalitetsutveckling förekommer även på operativ nivå men är då mindre strategibetonad. När initiativ till förbättring kommer från operativ personal är orsaken ofta ett upplevt kvalitetsutvecklingsbehov. Planering krävs även på operativ nivå, om än inte i samma omfattning och med samma långsiktiga perspektiv som det strategiska arbetet kräver.

Kvalitetsarbetet på Reumatologen har sin utgångspunkt i modellen kvalitetslöken. Vårdenhetschefen förklarar att de olika parametrarna kan ses som en inledning till

utvecklandet av ett balanserat styrkort. Hon berättar att det balanserade styrkortet, som är under utveckling, är uppbyggt utifrån fem perspektiv som tillsammans bidrar till att skildra verksamheten. Implementeringen har gått relativt långsamt och Sahlgrenskas områden och avdelningar använder styrkortet i olika utsträckning. Vårdenhetsansvarig på Reumatologen anser att det är fel att tvinga ett styrkort på organisationen eftersom det ger större motsättningar och dålig acceptans hos personalen. Hon har istället valt att implementeringsarbetet skall ske steg för steg för att få med hela verksamheten i kvalitetstänkandet. Reumatologen har därför inte kommit så långt i styrkortsprocessen då avdelningen går långsamt fram och anser att ordentlig inläring är den bästa metoden för att lyckas.

Chefsperspektivet är viktigt, säger verksamhetschefen, samtidigt som cheferna inte får styra för mycket. Han menar att medarbetare som tar ansvar för utveckling av kvalitetssynen och som intresserar sig för kvalitetsaspekten, bör uppmuntras med diverse incitament. Genom den kunskap och erfarenhet som operativ personal besitter har de bättre inblick i vilka moment som kan effektiviseras. Ett exempel på operativ inblandning till kvalitetsförbättring är att personalen, genom olika arbetsgrupper, fått ansvar att lösa uppgifter relaterade till kvalitetsprocesser i verksamheten. På längre sikt kan det leda till förändringar i rutiner och ge högre effektivisering. Personalen har fått tid avsatt för ändamålet, vilket innebär att de kan träffas och diskutera på arbetstid och resultaten skall sedan presenteras.

Det upplevs positivt från operativ nivå att det finns utrymme att få komma med egna idéer och förslag till förändringar. Diskussioner förekommer bland personalen kring vad som kan förändras för att underlätta arbetet och vad avdelningen kan göra för att bli mer patientanpassad. Direktiv kommer inte alltid från ledningen utan personal upplever att de även själva får ta initiativ till att effektivisera processer. De känner sig inte motarbetade uppifrån så länge förslagen är förnuftiga. Intervjupersonernas uppfattningar är att personalen generellt är öppen för förändringar men att somliga behöver längre tid för att arbetet skall gå i linje med de nya rutinerna och arbetsmomenten.

Gulsaltsprojektet genomfördes efter en ordentlig planering, då tidigare projekt tenderat att verkställas utan någon grundläggande planering. Här var det främst en av undersköterskorna som uppmärksammade behovet av en effektivisering av rutiner. Förslag gavs till förbättringsåtgärder och efter en noggrann handlingsplan genomfördes projektet. Genom resultatmätningar följdes arbetet upp och återkopplades till utförda prestationer. Nya rutiner utvecklades och genom detaljerad planering kunde projektet få förankring hos både personal och patienter. För att ge ytterligare feedback på projektet kommer nya mätningar att genomföras i januari och åtgärder kommer att vidtas för justeringar om det behövs.

#### 4.8 Ökat kvalitetsmedvetande - effekter av TQM?

TQM utgör, enligt verksamhetschefen, ett synsätt som möjliggör *verksamhetsstyrning* istället för enbart *ekonomistyrning*. Vidare beskriver han användning av TQM som ett svar på anpassning till utveckling då olika intressenter kräver det. Samhället är



föränderligt och för att skattebetalarnas pengar skall användas på bästa möjliga sätt måste vården förändras genom kontinuerliga förbättringsåtgärder.

Vårdenhetschefen anser att det skett en utveckling av kvalitetstänkandet och processtänkandet hos personalen jämfört med bara ett år sedan. Medarbetarna är idag mer delaktiga och kommer med åsikter och idéer och det finns ett högre engagemang för att hitta nya lösningar på problem. Hon menar att ansvaret numera inte endast ligger hos cheferna utan personal på operativ nivå tar del av kvalitetsansvaret, vilket är ett steg i ett mer TQM-förankrat arbete. Hon poängterar att sjukhuset nuförtiden har mer kännedom om kvalitet och den roll som TQM spelar. Orsakerna är många men hon framhåller främst faktorer som stramare ekonomi och hårdare konkurrens. När patienter får kännedom om utvecklandet av nya och dyrare behandlingsmetoder, kräver de att metoderna används. Då resurserna är knappa och personalen inte kan utökas efter behov har sjukhusets kvalitetsinriktning tilltagit de senaste tre till fyra åren, som en åtgärd för att tillfredsställa patienternas behov. Förbättringar i vårdkvaliteten möjliggörs genom att effektivisera olika processer.

Genom våra intervjuer framgår det att sjukvården ofta handlar om olika prioriteringar där motstridiga behov måste tas hänsyn till. Det resulterar i att det är svårt att tillfredsställa alla patienters behov men genom ett TQM-tänkande inom organisationen kan sjukvården närma sig en lösning. Ett tydliggörande av patienters önskemål och behov underlättar prioriteringar. Genom kundorientering där patienter delas in i olika kategorier, exempelvis ungdomar, gravida och äldre sätter Reumatologen kunden i centrum och kan lättare tillgodose de olika krav som ställs. Verksamhetschefen berättar vidare att patienter även delas in i olika kategorier beroende på vilken åkomma de har. Varje grupp får därmed sina specialister och sin specialbehandling. Teammottagningar finns med doktorer, sjukgymnaster och sjuksköterskor som tar hand om de olika grupperna.

Förändringar möts ofta, enligt verksamhetschefen, med motstånd men genom att mäta och visa resultat av det som utförts blir det lättare att förankra kvalitetsarbetet hos medarbetarna. Kvalitetsarbetet är idag delvis förankrat men de anställda på sjukhuset jobbar egentligen inte för bättre kvalitet utan för att allas arbetsvillkor skall bli bättre. Enligt kvalitetschefen är även Sahlgrenskas övergripande mål vagt förankrade bland de anställda.

#### *4.9 Kostnad, produktivitet, effektivitet - en del av kvalitetsaspekten*

Verksamhetschefens uppfattning är att ökad produktivitet och effektivitet leder till bättre kvalitet. Enligt honom tvingas sjukhuset lära sig skapa bättre effektivitet på grund av att resurserna är knappa. Dessutom måste Sahlgrenska upprätthålla en hög kvalitet på vården för såväl ryktet som konkurrensens skull. Ständig teknologisk och samhällelig utveckling leder till att villkoren för vården ändras och därmed måste produktion och effektivitet följa med i processen. För att tillgängligheten skall öka och väntetiderna minska har därför produktionen förändrats. Det krävs ökad patientbredd och verksamhetsansvarig poängterar att idag tas alla patienter med inflammatoriskt relaterade sjukdomar, inklusive reumatiska problem, in på samma avdelning.

Kvalitetschefen beskriver sambandet mellan produktivitet, effektivitet och kvalitet genom kvalitetsbristkostnader, det vill säga priset på det ”strul” som uppstår. Genom att arbeta med processer kan onödiga moment urskiljas som inte för processen framåt eller tillför värde. Hon berättar att sjukvården är funktionsorganiserad vilket kan medföra samverkanssvårigheter för de olika delarna. För en patient innebär det att problematik kan uppstå om de olika avdelningarna inte har ett smidigt samarbete. Det kan spegla sig i långa väntetider, besök på olika avdelningar, och dröjsmål med journaler. Med andra instanser inblandade blir det ännu viktigare med noggrann processkartläggning och effektivisering av processer. Genom att reducera ”strulet” i organisationen kan det utrönas hur mycket tid och resurser kvalitetsbristen tagit i anspråk. Kostnader för extra tid, mer inblandning av personal samt omstrukturering av processer är några aspekter som kan nämnas. Lösningen på problemet, menar kvalitetschefen, är inte att ”jobba snabbare utan att jobba smartare” och därmed minska kostnaderna. Förändringen skall även ses ur ett långsiktigt perspektiv där skattebetalarnas pengar skall användas bättre, mer tid skall ägnas åt patienter och ytterligare fokusering bör läggas på kärnverksamheten.

Kvalitetschefen talar vidare om effektmål som Sahlgrenska inte är så duktiga på att mäta. Förklaringen ligger dels i att kontinuerliga kundundersökningar inte genomförs och dels i att effektmål är svåra att mäta. Som det ser ut idag ligger tyngdpunkten på mätningar av produktivitet och hon berättar att de är uttryckta i kvalitativa mått. Produktivitetsmått, som antal vård dagar och vårdplatser, är dock inte så tydliga och berättar inte patientens egentliga behov. Effektivitetsmått, däremot, fokuserar mer på patienten och i samband med kurser i processtänkande har bättre mätsystem för effektivitetsmått börjat utvecklas. Kvalitetschefen hävdar att effektivitet inom sjukvården är att:

*”bota dem som kan botas, lindra för dem som inte kan botas och trösta dem som inte går att lindra”*

Det finns ett nationellt kvalitetsregister som behandlar forskning och utveckling, vilket möjliggör ett medicinskt samarbete mellan läkarprofessionen, där 50 instanser i Sverige är inblandade. För att kunna utvärdera behandlingar bestämmer olika ledningsgrupper de parametrar som skall mätas vilka sedan jämförs och publiceras. Samarbetet läkarprofessionen emellan kvalitetssäkrar vården samtidigt som effektiviteten ökar genom kunskapsutbyte, vilket gynnar patienterna.

Vårdenhetsansvarig beskriver sambandet mellan kvalitet, produktivitet och effektivitet utifrån ett exempel. Specialistläkare besöker två gånger per termin vårdcentraler för att understödja allmänpraktiserande läkare med sin specialistkompetens. Det görs för att patienten skall få tillgång till bästa möjliga vård på lägre nivå och inte behöva ta sig in till sjukhuset. På så vis kan Reumatologen besparas på tid och resurser samtidigt som kompetensen på vårdcentralerna ökar.

Förhållandet mellan kostnader och kvalitet på Reumatologen beror på förändringsprocessens struktur och natur. Verksamhetschefen börjar med att berättar att kvalitet kostar pengar men poängterar vidare att:

*”Det kostar att skapa processer men på längre sikt är det ett måste som lönar sig. Vi är bundna till de lokaler vi har och det är svårt att göra andra ändringar än kvalitetsförbättringar. Det går inte att anställa fler personer och det finns inte resurser att utöka lokalerna. Det enda som går att ändra är beteendet gentemot kund.”*

Kvalitetschefen poängterar skillnaden mellan ekonomistyrning och verksamhetsstyrning och menar att ekonomistyrning handlar om ren kostnadskontroll medan verksamhetsstyrning är mer kvalitetsinriktad. I den kvalitetsbetonade styrningen används olika verktyg som bland annat paretodiagram, benchmarking och Ishikadiagram. Sahlgrenskas styrning är huvudsakligen inriktad på kostnadskontroll och kvalitetsansvarig anser att större tonvikt borde läggas på verksamhetsstyrning. Genom att få in mer kvalitetstänkande kan dels kostnader reduceras och dels större hänsyn tas till kund.

Idag har Sahlgrenska ingen uttalad kvalitetspolicy. Organisationen gjorde för åtta år sedan ett försök att anpassa sig till ISO 9004 men systemet överensstämde inte med verksamheten. Istället följer Reumatologen en kvalitetsförfattning som bland annat förbinder dem till uppställande av mål och processförbättring i form av PDSA-cyklar. Kvalitetsrevision, tillsammans med det bitvis implementerade styrkortet, är idag utgångspunkten för det kontinuerliga kvalitetsarbetet som pågår på Sahlgrenska. I dagsläget saknas någon som för kvalitetsfrågor på högre instans på såväl Sahlgrenska som inom Västra Götalandsregionen. Det framgår till viss del av intervjumaterialet att kvalitetsfrågor inte får lika hög prioritering som exempelvis personal- och ekonomifrågor. Kvalitetschefen tillägger till sist att en kvalitetspolicy kanske kan behövas men det viktiga är att sjukhuset gör ett bra arbete. Hon poängterar dock att om en policy kan underlätta kvalitetsarbetet så bör sjukhuset införa en.

#### *4.10 Dokumentation i vården – i vilken utsträckning behövs den?*

Kvalitetschefen menar att dokumentation är en viktig del av kvalitetsarbetet och skall innehålla mål, idéer samt vilken metod som använts i arbetet. Om dokumentation inte sker utifrån en bestämd handlingsplan är det svårt att veta vad som skall följas upp. Alla nivåer inom sjukhuset bör genomsyras av rapportering och kvalitetschefen anser att arbetet skall påbörjas i liten skala för att sedan expandera. Genom dokumentation finns det möjlighet att gå tillbaka och se hur handlingar utförts så att snarlika procedurer kan tillämpas på processer med liknande karaktär. Vidare kan den också ses som bevismaterial eftersom hela händelseförloppet dokumenteras vid en förändring, från kartläggning av problem till uppföljning av utfall. Verksamhetschefen poängterar att:

*”det finns ingen mening med kvalitetsarbete om vi inte dokumenterar och följer upp utfallen för då kan vi inte se förändring och utveckling. Även möten måste dokumenteras och den rutinen bör vi bli bättre på.”*

Det är till stor del lagar och författningar som ligger till grund för hur kvalitetsarbetet styrs på Sahlgrenska. Kvalitetschefen berättar om en projektplan som håller på att utvecklas för sjukhusets räkning, som skall beakta de krav som förordningar ställer.

Hon beskriver det som ett avvikelserapporteringsystem som innefattar alla avdelningar inom HOPRAS. Sjukhusets författningar beskriver hur kvalitetsrapporten skall se ut och genom att uppmärksamma otydliga rutiner skall arbetet förebygga oönskade incidenter. Det råder vidare rapporteringsskyldighet inför ansvarsnämnden och socialstyrelsen, vilket är till för patienterna och deras säkerhet. Arbetet med avvikelserapportering är uppbyggt kring olika diskussionsgrupper som skall utveckla åtgärder för att förebygga olika missöden. Åtgärderna, i form av rutinförbättringar, är en del av förändringsarbetet och skall i ett senare led dokumenteras. För att effektivisera och underlätta rapporteringen skall ett elektroniskt system utvecklas, vilket möjliggör rapportering av incidenter och tillgång till blanketter via nätet. Projektets syfte är att uppnå förbättringar genom bland annat bättre processer och högre engagemang från personalen, vilket ökar möjligheten till ett utvecklat kvalitetsarbete.

Kvalitetschefen fortsätter i sin beskrivning av dokumentation att berätta om en studie på tre sjukhus där områdesdokumentation har analyserats ur olika aspekter. Utgångspunkten var att se hur mycket tid sjuksköterskor lägger på dokumentation men utredningen fokuserade även på innehållet i rapporterna. Det antogs att sjuksköterskor lade 50-75 procent på administrativt arbete vilket granskades ur olika synvinklar. Det gjordes både kvantitativa och kvalitativa undersökningar som resulterade i en kvalitetsrapport och premisserna visade sig vara falska. Även om studien visade att misstankarna inte stämde, anser sjukvårdspersonal som vi intervjuat att det läggs för mycket tid på administrativt arbete. Som en medarbetare på Reumatologen sade:

*”Sjukvårdspersonal borde ägna sig åt patienter och inte åt administrativt arbete vilket kanslisterna istället kan sköta. Här finns mycket utrymme för förändringar.”*

Avslutningsvis poängterar en kanslist att dokumentation är ett av de viktigaste momenten i kvalitetsarbetet. Hon menar att allt måste dokumenteras och utifrån hennes synvinkel underlättas patienters läkarbyte, eftersom journalen innehåller alla väsentliga uppgifter om patienten.

## 5 Analys av empiriskt material

*I vår analys undersöker vi sambanden mellan vår teoretiska utgångspunkt och det empiriska materialet. Vi har delat in analysen i fyra kategorier som vi funnit mest tänkvärda och intressanta. Vi avslutar kapitlet med en modell som vi tycker belyser Reumatologens kvalitetsskapande på ett bra sätt.*

### 5.1 Begreppet TQM – implementering, uppfattning och perspektiv

Genom våra intervjuer har det framgått att Reumatologen använder sig av TQM-styrning. Vår tolkning är att TQM-tänkandet växt fram gradvis men initialt var det omgivningens tryck samt förändrade förutsättningar som påverkade införandet. Dessutom anser vi att styrning genom TQM blivit något av en managementtrend som även sjukvården vill ta del av. Vi har utgått från att TQM kan implementeras genom de tre olika perspektiv som vi beskriver i vår metodologiska diskussion. Inledningsvis kan det kvalitets- och patientanpassade synsättet inom vården till viss del uppfattas som en imitation av privata sektorns styrningssätt och har en mimetisk utgångspunkt. Eftersom det idag anses positivt att organisationer använder TQM som kvalitetsstyrningsinstrument tror vi att det kan finnas en risk att användandet överdrivet framhålls. Organisationen vill få en mer fördelaktig framtoning och imiterar delvis andra företag i deras TQM-tillämpning. En annan orsak till imitation kan ligga i tjänstesektorns otydlighet i service. När det gäller implementering av TQM på Reumatologen uppfattar vi den som till viss del normativ, med tanke på de enhetliga normer och inställningar som krävs för att ett användande skall bli möjligt. På operativ nivå misstänker vi att TQM-arbetet kan uppfattas som delvis påtvingat, coersive, eftersom användandet är ett ledningsbeslut. En påtvingad implementering anser vi kan få till följd att personalen inte alltid förstår varför en ny fokusering krävs och varför en förändring måste ske.

TQM har en bred innebörd och det finns en risk att organisationens uppfattning av begreppet kan variera ansevärt om inte en ordentlig definition är gjord. Vi anser att TQM inom Reumatologen uppfattas olika utifrån den kunskapsgrund som varje individ innehar. Beroende på personalens olika erfarenheter och upplevelser av TQM skapas subjektiva perceptioner. TQM har en viss innebörd för oss studerande och en annan för såväl ledning som operativ personal. Det gör att vi ser begreppet ur olika perspektiv och det blir svårt att på ett rättvist sätt avgöra hur pass utbrett användandet är inom Reumatologen. I motsats till den subjektiva kunskapsgrunden förekommer en objektiv inläring som har en normativ utgångspunkt. Genom information och utbildning skall personalen få en enhetlig syn av det nya styrsättet. Vi vill också uppmärksamma på hur kunskapens struktur i ett senare led kan påverka personalens uppfattning av TQM. Om personalen i detta skede har alltför många olika uppfattningar om vad TQM innebär menar vi att det blir svårt för organisationen att tillämpa en homogen kvalitetsstyrning, vilket är negativt för kvalitetsskapandet.

Det japanska och amerikanska synsättet på TQM skiljer sig åt och vår uppfattning är att Reumatologen har inslag av båda i sin TQM-styrning. Det amerikanska kvalitetsperspektivet grundar sig, enligt Juran (1988), i utveckling av strategiska affärsplaner som involverar termer som planering, kontroll och förbättring. Vi

upplever att kvalitetsarbetet på Reumatologen främst utvecklas genom långsiktiga strategier, där direktiv till förändring kommer från högsta ledning eller områdeschef. Vidare ser vi att kvalitetsutveckling på operativ nivå är mindre strategibetonad. Den kräver ändå tydlig planering och en genomarbetad handlingsplan, så att personalen kan jobba mot gemensamma mål och skapa användbara rutiner.

Det japanska synsättet däremot förespråkar användandet av en kvalitetspolicy som utgångspunkt för att organisationen kontinuerligt skall arbeta med kvalitetsförbättring (Ishikawa, refererat av Sandholm, 2001). Vi kan inom Reumatologen dra paralleller till den japanska filosofin genom de olika förbättringsprojekt som ständigt utarbetas och genomförs. Vi förstår genom våra intervjuer att avdelningen fortlöpande arbetar med kvalitetsfrågor. Reumatologen vill dels upprätthålla hög kvalitet och dels ständigt utveckla sin kompetens för att kunna konkurrera väl på marknaden. Ett annat utmärkande drag i det japanska synsättet är förekomsten av kvalitetscirklar. Vi kan se dem existera inom Reumatologen i form av diskussionsgrupper där medarbetarna samarbetar för att få fram förslag till förbättringsåtgärder. Vidare använder Reumatologen statistiska hjälpmedel, med ett japanskt ursprung, som ett led i dokumentationen för att utröna resultat och trender.

### *5.2 TQM och dess tillämpning på Reumatologen*

TQM är en långsiktig strategi som innefattar ett antal viktiga element såsom kundfokus, processfokus, basera beslut på fakta, kontinuerlig förbättring och delaktighet (Bergman & Klefsjö, 1994). Vår uppfattning är att Reumatologen använder sig av TQM i relativt stor utsträckning och vi förstår det som att kvalitetstänkandet tilltagit på senare år. Innebörden av begreppet TQM hos de anställda kan dock variera. Vi vill betona att TQM ur en operativ synvinkel många gånger kan likställas med ordet kvalitet medan det på en strategisk nivå får en bredare innebörd och tillämpas som en managementmetod.

Eftersom kvalitet har blivit ett allt viktigare verktyg för att konkurrera på marknaden anser vi att det är av stor vikt att Sahlgrenska är medveten om sina olika intressenter. Om det saknas medvetenhet om patienten blir det svårt att tillfredsställa dess behov samt fokusera på de aktiviteter som värdesätts mest. En inriktning mot kundfokusering har skett, vilket visar sig genom bättre tillgänglighet och ett mer individanpassat synsätt. Genom att sätta ihop olika grupper utifrån patienters behov, såsom gravida, äldre och ungdomar, kan det erbjudas en mer anpassad vård. Ytterligare ett steg i denna fokusering är inrättandet av olika specialistteam som innehåller undersköterskor, läkare, kuratorer och sjukgymnaster. Sådana team anser vi motverkar funktionsarbetet och underlättar processarbetet genom att minimera gapet professionerna emellan, samtidigt som samarbetet förenklas. Vi menar att Reumatologens kundfokus speglar sig i sjukhusets sätt att hantera patienter och som ett led i fokuseringen utförs enkätundersökningar för att upprätthålla kvalitetsnivån.

Tisell (1993) poängterar att de anställda måste få möjlighet att vara delaktiga i kvalitetsprocessen för att ett riktigt engagemang från alla parter skall kunna skapas. Genom att se till det balanserade styrkortets successiva införande på Reumatologen kan vi av våra intervjuer utläsa att avdelningen är medveten om vikten av att få med

hela personalstyrkan vid en förändring. Vidare uppmuntras operativ personal till att ta egna initiativ i utvecklandet av kvalitetsprocesser och vi såg flera exempel på hur personal fått utrymme att prova på och genomföra egna förbättringsförslag. Genom att förslag till förbättring kommer från olika nivåer i organisationen finner vi att arbetet med att göra personalen delaktig i TQM-synsättet bör underlättas. På så vis kan även klimatet på avdelningen bli bättre eftersom det uppstår ökad respekt och förståelse mellan strategisk och operativ nivå. Vi anser att det är personal på operativ nivå som har störst möjlighet att upptäcka var förbättringar går att genomföra, vilket är viktigt att ta tillvara på.

Inom sjukvården leder processorientering till förbättrad kvalitet samt reducering av onödig variation i rutinerna. Reumatologen har tvingats till en ökad processfokusering vilket delvis beror på nya konkurrenter på marknaden men också på att processer har störst utrymme till förändringsmöjlighet. Vår uppfattning är att det externa trycket till stor del uppstått på grund av privatisering inom sjukvården. Reumatologen har börjat tillämpa nya styrningsmetoder, vilka kan liknas vid de som den privata sektorn använder. Genom våra intervjuer har vi förstått att processtyrning används i stor utsträckning men då synsättet fortfarande inte är fullt utvecklat kan det uppstå problematik. Det är viktigt att se kvalitetsarbetet som en helhet och avgöra vilken del som behöver mest fokusering. Ett bra samarbete är väsentligt och för att uppnå det bör olika enheter ha sina rutiner standardiserade samt undersöka vilka svagheter som förekommer för att utröna var åtgärder skall sättas in. Ett samarbete som inte fungerar kan resultera i långa väntetider och dröjsmål med journaler. Det upplever inte vi som TQM och ser möjligheter till förbättring vilket kan skapa mervärde för patienter.

Det externa trycket på att TQM skall användas, tillsammans med organisationens egna krav på förbättring, bidrar till att även kostnadsaspekten måste uppmärksammas. Vår uppfattning är att Reumatologen beaktar en reducering av kostnader genom att fokusera på att göra rätt från början. Vi ser stora fördelar med att tillämpa ett TQM-synsätt i arbetet med att minska fel eftersom fokusering på patienter tillsammans med kontinuerlig förbättring leder till att felaktigheter och brister kan minimeras. Genom att Reumatologen tillämpar TQM anser vi att de på ett bättre sätt kan tillgodose de olika intressenternas varierande behov samtidigt som de är observanta på sina kostnader.

### *5.3 Målsättning – produktivitet och effektivitet*

Organisationens mål kan, enligt Spirapport (1993), vara nationella, regionala, lokala samt enskilda. Områdesledningen på Sahlgrenska formulerar övergripande mål som sedan bryts ned för att passa respektive verksamhet. Vi ser mål och mått som en del av kvalitetsprocessen och motiv bakom mätningar kan vara att utröna om kvalitetsskapandet har realiserats. Genom intervju svaren kan vi utläsa att de övergripande målen inte är riktigt förankrade hos alla medarbetare inom organisationen. Vi ser en viss risk med det eftersom det utan väl förankrade mål blir svårt att få med personalen i det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Målen skall engagera alla medarbetare så att de tydligt kan se i vilken riktning kvalitetsarbetet inom Reumatologen skall utvecklas. Utifrån vårt perspektiv menar vi att ett kvalitetsarbete måste prägla hela organisationskulturen om det skall fungera. Vi upplevde inte någon

brist på intresse av kvalitetsarbete bland personalen på Reumatologen utan orsaker som otillräcklig information och kommunikation uppfattade vi snarare som anledningar till den bristfälliga måluppfattningen.

Produktivitet beskrivs som förmågan att uträtta fastställda saker på rätt sätt medan effektivitet uttrycker huruvida rätt saker blivit gjorda (Andrén-Sandberg, 1991). De övergripande målen kan brytas ner till delmål såsom produktivitetsmål och effektivitetsmål som vidare kontrolleras genom olika mått (Spirapport, 1993). Från intervjuerna förstod vi att produktivitetsmått inte är så tydliga och inte heller säkerställer patienters egentliga behov. Det finns en risk att måtten visar en förvrängd bild av hur produktiv Reumatologen egentligen är eftersom statistik visar utförda behandlingar och inte vilka effekter de får. Utifrån statistik finns det ingen möjlighet att avgöra om patienten blev botad eller var tvungen att återkomma. I fråga om effektmål är förankringen bättre. Varje genomföring/projekt har sina egna mål, varför personal som är inblandad är medveten om vad som skall uppnås. Vi förstår att produktivitetsmått måste användas, dels för att visa vad Reumatologen genererar och dels för att måtten är de som är enklast att framställa. Vi anser emellertid att effektivitetsmått måste börja användas i större utsträckning för att Reumatologen skall få bättre kundfokus. Vi ser dock en svårighet med effektivitetsmått eftersom de är subjektiva och bygger på patienters enskilda kvalitetsuppfattningar. Eftersom tjänster konsumeras samtidigt som de produceras är de svårt att utföra dem identiskt varje gång vilket kan ge upphov till att patienters kvalitetsuppfattning varierar. Därför är det av stor vikt att kvalitetssäkra vården genom ordentliga rutiner.

Genom våra intervjuer har det framgått att en fokusering på ökad produktivitet och effektivitet leder till bättre kvalitet. Vi anser att Reumatologen har förstått att kvalitetsarbete är en långsiktig process. Olika satsningar gör att kostnaderna har stigit på kort sikt vilket återspeglas i att produktiviteten ser ut att ha minskat. På längre sikt förväntas de olika satsningarna inom personalområdet och på den tekniska utvecklingen ge avkastning. Vi misstänker att detta har lett till större behov av effektivisering av arbetet i form av högre kvalitetsfokus. Det uppstår följaktligen ett dilemma mellan den ekonomiska aspekten och kvalitetsarbetet.

#### *5.4 Kvalitetssäkringen med hjälp av modeller och system*

Sedan 1998 använder sig Västra Götalandsregionen av ett balanserat styrkort men vad vi förstår har implementeringen tagit tid och nya direktiv från Sahlgrenskas ledning påskyndar införandet av styrkortet. Ledningen på Sahlgrenska vill i dagsläget snabbt få in styrkortet, vilket innebär ökad inlärningstakt och anpassning för personalen. Ur vårt intervjumaterial kan vi emellertid utläsa att vårdenhetsansvarig på Reumatologen inte vill forcera processen, utan se till att få med sig alla på avdelningen. Därmed vill vi betona att en lyckad implementering av ett styrkort kräver att hänsyn tas till företagskulturen. Eftersom de anställda i detta fall är tvingade till en användning av styrkortet finns det risk att proceduren går snabbt. Om grundläggande information samtidigt uteblir för tillämpning av styrkortet kan det medföra att personalen inte blir lika insatt i kvalitetsarbetet.



Ett balanserat styrkort kan underlätta effektiviseringsprocesser genom att mål och mått sätts för varje parameter (Kaplan & Norton, 1999). Genom en långsiktig planering blir det därmed enklare att skapa kvalitet. Vår uppfattning är att en fullständig målförankring saknas bland personalen, vilket borde innebära problem med att arbeta enhetligt mot högre kvalitet. Kvalitetsprocessen hade möjligtvis kunnat bli mer uniform om Sahlgrenska haft någon slags kvalitetspolicy att följa. Vi anar en viss brist på kvalitetsintresse på ledningsnivå genom att högsta kvalitetsposten är vakant samtidigt som kvalitetsansvarig har alltför många avdelningar under sig. Vi ställer oss frågande till om det verkligen räcker med en person med kvalitetsansvar inom HOPRAS.

Kvalitetschefen poängterade skillnaden för oss mellan ekonomistyrning och verksamhetsstyrning och vi förstod från intervjuerna att Sahlgrenska främst använder sig av ekonomistyrning med tyngdpunkt på kostnadskontroll. Verksamhetsstyrning innebär ett mer TQM-inriktat arbete och vårt intryck är att en sådan styrning bör tillämpas i större utsträckning på sjukhuset. Om kostnadskontroll har tillämpats under en längre period och enligt kvalitetschefen inte riktigt fungerar, så kan det ifrågasättas varför inte mer satsning görs på verksamhetsstyrning. Med införandet av det balanserade styrkortet kan arbetet med verksamhetsstyrning underlättas och följderna blir större fokus på kvalitet. Även om styrkortet har funnits en längre tid har vi förstått att det kanske inte använts i den utsträckning som det borde. Vi kan se på Reumatologen att kvalitetslöken varit av större betydelse och ett mindre behov av det balanserade styrkortet har därmed funnits.

Vi anser att Reumatologens kvalitetsmodell, kvalitetslöken, på ett bra sätt skildrar de intervjuades syn på TQM. Modellen beskriver avdelningens totala kvalitet där utgångspunkten finns i den medicinska kvaliteten, vilket vi anser går i linje med de givna intervjuerna. Det grundar vi på att vi upplevt Reumatologen främst fokusera på kompetens och processförbättringsåtgärder. Genom kvalitetslöken kan vi se tendenser till att Reumatologen inriktat sig alltmera mot ett TQM-styrande och modellen kan användas för att se kvalitetsskapandet som en helhet. De olika aspekterna inom TQM-filosofin finns med i kvalitetslöken och vi anser att modellen är en bra utgångspunkt för att skaffa en förståelse inom avdelningen för vad TQM och kvalitetstänkande är.

Det tenderar att finnas en risk vid kvalitetsarbete att tyngdpunkten läggs på metoder och hjälpmedel för att nå högre kvalitet istället för på resultat där fokuseringen borde ligga. Modeller i sig skapar inte kvalitet utan skall endast betraktas som hjälpmedel i processen. Det finns en risk med att sätta för stor tilltro till modeller, dels för att de självverkande inte kan göra underverk med kvaliteten och dels för att de omedvetet kan användas på fel sätt. Från intervjumaterialet framgick det dock att de anställda inom Reumatologen inte anser att kvalitetsverktyg som PDSA-cyklar automatiskt skapar kvalitet.

Vi anser att avdelningens betoning på medicinsk kvalitet belyser hur viktig personalens kompetens är. En tjänst kan ha olika kvalitetsdimensioner och skall, enligt Bergman, Klefsjö (1994), bland annat vara tillförlitlig, tillgänglig och innehålla kommunikationsförmåga hos personal. Vår referensram tar upp att kvalitet inte endast kan utvecklas i "sanningens ögonblick" vilket vi instämmer med. Kvalitet är nämligen

en långtgående process och för att patienten skall vara nöjd med sin vård måste service fortgå även efter behandlingen. Det kan vi urskilja på Reumatologen genom de uppföljningar som förekommer efter varje förbättringsåtgärd. Enligt Edwardsson, Thomasson (1989) måste tjänstekvalitet utvecklas inifrån organisationen och förankras genom hela verksamheten som ett back-up system för att kvaliteten skall bli synlig gentemot patient.

Kvalitetsverksamheten i en organisation brukar, enligt Grimby (1998), vara uppbyggd utifrån ett kvalitetssystem som innefattar mål, policys, strategier, instruktioner och rutiner. Sahlgrenska har inget uttalat kvalitetssystem utan Reumatologen utgår från ett antal författningar som bland annat bygger på krav från ansvarsnämnd och socialstyrelsen. Vi anser att då det inte finns någon enhetlig kvalitetspolicy på Sahlgrenska finns det risk att fokuseringen på kvalitetsarbetet försämras. Då verksamheten grundas i försäljning av tjänst är det extra viktigt att det finns en uttalad policy som reglerar tjänstens tillförlitlighet och tillgänglighet. Vi är emellertid medvetna om att socialstyrelsens paragrafer styr sjukvården vilket i viss mån ersätter en kvalitetspolicy.

Spirirapporten (1987) beskriver begreppet kvalitetssäkring som ett moment som innefattar att mäta och värdera kvalitet samt olika åtgärder för att vid behov förbättra kvaliteten. Vi ser kvalitetssäkring som en förändringsprocess där motivet är att säkerställa vården, vilket skall ge bättre kvalitet och nöjdare patienter. Det är såväl författningar och lagar som personalens upplevda behov av processeffektivisering som initierar kvalitetssäkringen. Läkarpersonalen utvärderar behandlingar och utför sedan mätningar för att säkerställa god kvalitet, vilket vi ser som en bekräftelse på att Sahlgrenska anser att kvalitetssäkring är viktigt. Samtidigt som ett nationellt samarbete mellan läkare innebär ett värdefullt nätverk, anser vi att Sahlgrenska kan framhålla sin egen kompetens och på så sätt synas i jämförelse med andra sjukhus. Image är, som tidigare nämnt, en viktig beståndsdel då verksamheten vill framhålla att de håller en hög kvalitet.

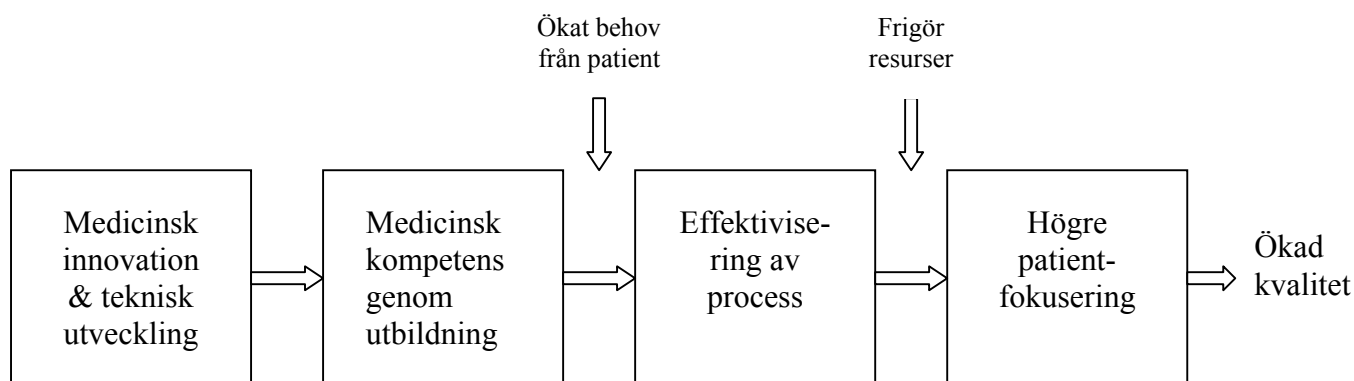
Dokumentation är ett omfattande och tidskrävande moment som kan betraktas som ett användbart hjälpmedel för att beskriva hur verksamheten fungerar (Grimby, 1998). Vidare kan dokumentationens roll ses ur olika aspekter beroende på vilket syfte den har. Vi upplever att Reumatologen reflekterar kvalitetsarbetet genom att följa upp förändringar och analysera utfall och rapporterar sedan arbetet med hjälp av ordentliga rutiner. För att det skall bli möjligt att utföra kontinuerliga förändringar anser vi att dokumentation behövs som bedömningsgrund för att fastställa utfall. Avvikelsesrapporteringssystemet, som är under utveckling, skall möjliggöra en reflektion av kvalitetsskapande. Systemets rapportering, i form av feedback från personal, skall sedan ligga till grund för dokumentation. När det gäller dokumentation av journaler anser vi att det handlar om en erforderlig process för att säkerställa den medicinska kvaliteten för patienten. Dokumentation av förbättringsåtgärder är också en nödvändighet men är på kort sikt inte lika avgörande för patientens hälsa. Däremot spelar den en stor roll för utvecklandet av kvalitetsarbetet. Ytterligare ett syfte som vi ser med dokumentation är att betrakta det som bevismaterial. På så vis underlättas arbetet med att följa upp förändringar, vilket vi anser viktigt för att utröna om utfallet motsvarar önskat resultat.

### 5.5 Medicinsk innovation och lärande – grunden till kvalitet

För att ge en övergripande och förenklad bild av vår uppfattning av kvalitetsskapandet på Reumatologen har vi utformat en modell som visar kvalitetsflödet. Vi anser att utgångspunkten till högre kvalitet finns inom medicinsk innovation och teknisk utveckling, men påverkan från externa aktörer måste även beaktas. För att vara konkurrenskraftig är Reumatologen lyhörd gentemot omgivningens behov och krav och genom fokusering på värdehöjande aktiviteter framhålls samtidigt image. Vi menar att kontinuerlig forskning och utveckling resulterar i högre medicinsk kompetens och gör att fler patienter med svårare sjukdomar kan botas. Det får till följd att patienters krav och behov på behandling ökar, vilket Reumatologen har svårt att tillgodose då resurserna är knappa. Vår uppfattning är att lösningen på problemet ligger i en effektivisering av processer, vilket möjliggör att resurser kan frigöras. Mer resurser kan därmed läggas på patienter och en ökad tillgänglighet av vården medför högre patientfokusering. Genom väl utarbetade rutiner och handlingsplaner kan således en ökad kvalitet skapas.

Vår studie har visat att den centrala linjen i kvalitet måste kopplas till medicinsk forskning och expertis. Genom våra formella och informella diskussioner har det framgått att spridning av kunskap ger stora effekter på kvalitetsuppfattningen. Det finner vi intressant då forskning och utveckling visar att kvalitet till stor del utvecklas med hjälp av den kompetens som personal på operativ nivå besitter.

### 5.5 Modell för kvalitetsskapande



Källa: Egenkonstruerad bild

## 6 Slutsats

*I det här kapitlet redogör vi för de slutsatser vi kommit fram till genom analysen. Vidare skall slutsatserna svara på den uppställda problemformuleringen samt knyta ihop de olika delarna för att ge en övergripande bild av uppsatsen. Avslutningsvis ger vi förslag till vidare forskning inom ämnet.*

Vår huvudsakliga frågeställning har behandlat hur Reumatologen skapar kvalitet och hur den sedan reflekteras och dokumenteras. Vår uppfattning är att svaret på frågan måste ha två utgångspunkter, där den ena tar hänsyn till våra respondenters subjektiva bild av kvalitetstermen, medan den andra uppmärksammar kvalitet från ett normativt perspektiv. Vi vill betona att den subjektiva uppfattningen av hur kvalitet skapas har sin bakgrund i vilken förförståelse, utbildning samt position de intervjuade i organisationen innehar. Det medför att de anställda har olika åsikter om kvalitetsutvecklande och dess påverkan på verksamheten. Utifrån den anställdes arbetsuppgifter kan olika möjligheter och behov för att effektivisera processer urskiljas. Utgångspunkten för kvalitetsarbete initieras därmed på både strategisk och operativ nivå. För att Reumatologen skall kunna få ett enhetligt kvalitetsskapande krävs dessutom ett normativt perspektiv på lärande, vilket blir möjligt genom utbildning och information. Ett homogent TQM-perspektiv genererar en uniform organisationskultur som underlättar arbetet med kvalitetsprocesser. Vi vill med detta resonemang framhålla svårigheten med att svara på hur kvalitet skapas. Vår undersökning som består av fem djupintervjuer har också genererat fem subjektiva infallsvinklar på kvalitetsskapande. Men i en kombination med en normativ kunskapsbild ökar förutsättningarna till ett gemensamt synsätt på hur organisationen kan skapa kvalitet.

Motiven till kvalitetsförbättring, vilket behandlas som ett delproblem i vår frågeställning, ser vi på Reumatologen uppstå genom tryck från externa aktörer och förändrade förutsättningar i omgivningen. Samtidigt finns ett kontinuerligt intresse inom verksamheten att hålla en hög kompetens på de tjänster som utförs och att ständigt utveckla organisationen. Vi vill betona att kvalitetsskapandet på Reumatologen är en process med ett långsiktigt perspektiv. Synsättet på avdelningen är att kvalitetsutveckling är en investering som på kort sikt kan medföra kostnader men på längre sikt ger avkastning. Vi har funnit att kvalitetsförbättringar på Reumatologen främst uppnås genom en effektivisering av processer. Det är således viktigt att se processer ur ett helhetsperspektiv samt urskilja vilka aktiviteter som bör fokuseras på för att skapa högre kvalitet. Genom att göra rätt från början och reducera fel kan Reumatologen minska sina kostnader, samtidigt som högre patientnöjdhet uppnås. Kvalitetsskapandet på Reumatologen kan dock försvåras genom att det inte finns någon bestämd och uttalad kvalitetspolicy på Sahlgrenska som avdelningen kan följa. Vi har funderat kring hurvida en kvalitetspolicy lättare skulle kunna förankra kvalitetsmålen och bidra till att kvalitetsarbetet präglar hela organisationen.

Vi anser att Kvalitetslöken är en objektiv modell för att visa hur Reumatologen tillämpar kvalitetsarbetet och hur de anställda förväntas uppfatta och arbeta med TQM. Utifrån modellen ser vi att kvalitetsarbetets utgångspunkt från början var medicinsk kunskap vilket idag har övergått till systemkvalitet. I vilken grad kvalitetsarbetet verkligen är systeminriktat beror på hur väl förankrad den objektiva

bilden av kvalitetsskapandet är. Ännu ett steg mot en mer kvalitetsinriktad styrning är införandet av det balanserade styrkortet. Reumatologen utgår idag främst från kvalitetslöken men modellen har dock många likheter med de perspektiv som återfinns i ett styrkort. Vi ser därmed Kvalitetslöken som ett led i arbetet med att introducera styrkortet för personalen och på så vis också underlätta implementeringen.

Genom intervju med kvalitetschefen framgick att hon betonade verksamhetsstyrning och vi har reflekterat över om en sådan styrning skulle kunna innebära ett högre kvalitetsskapande inom Reumatologen. Ekonomistyrning, som idag prioriteras av ledningen på Sahlgrenska, är mindre kvalitetsinriktad, varför vi anser att det vore lämpligt att införa mer verksamhetsstyrning i organisationen. Vi tror emellertid att i samband med ett mer utbrett användande av det balanserade styrkortet kommer verksamhetsstyrning gradvis få mer inflytande i organisationen.

Vi har förstått att reflektioner kring kvalitet på Reumatologen ofta handlar om kvalitetsbrist. Det är inte förekomsten av kvalitet som uppmärksammas utan snarare avsaknaden. Kontinuerliga projekt som syftar till att få personalen att reflektera över kvalitetsutveckling äger rum för att väcka intresse. Eftersom det främst är personal på operativ nivå som har möjlighet att uppmärksamma svagheter i arbetsrutiner ser vi fördelar med att låta dem vara med och utveckla egna kvalitetslösningar. Projekten utvärderas och som ytterligare ett led i kvalitetsprocessen krävs det även dokumentering. Vår slutsats är att dokumentation spelar en betydande roll i kvalitetsskapandet men skiljer sig åt beroende på vad som skall dokumenteras. Rent generellt utvärderas förbättringsåtgärder där information tas tillvara, sammanställs och presenteras genom diverse diagram och skriftliga rapporter. Därefter lagras datan som bevis för genomförandet och kan vid behov återigen användas vid liknande processförbättringar.

Vi vill poängtera vikten av kvalitetssäkring för att säkerställa tjänstens pålitlighet och fastställa kritiska svagheter. Genom det avvikelserapporteringssystem som är under utveckling, ser vi stora potential till hur Reumatologen på ett bättre sätt kan säkra kvaliteten och skapandet genom att utvärdera avvikelser och sätta in åtgärder. Då viktig information tas tillvara kan rutiner förtydligas och brister i kvalitetsarbetet uppmärksammas. Det är därtill av stor vikt att genomföra mätningar för att se vilka förbättringar av kvaliteten som har uppnåtts. Vi ser emellertid en svaghet i att de produktivitetsmått som används inom Reumatologen inte på ett rättvist sätt speglar vad som faktiskt utförs. Otydliga mätresultat kan resultera i att avdelningen går miste om såväl positiv som negativ information som hade kunnat underlätta i kvalitetsskapandet. Här ser vi behov av mer tillförlitliga mått som på ett bättre sätt kan återge avdelningens verkliga kvalitetsnivå.

### *6.1 Vidare forskning*

Vi föreslår en mer omfattande undersökning där såväl strategisk nivå som patienter involveras för att få fler perspektiv på kvalitetsskapandet. På så vis erhålls en bredare uppfattning av vad kvalitet är och vad som faktiskt är värdeskapande. Vidare kan en sådan undersökning främja processorienteringen genom att alstra en helhetsbild av skapandet.

## 7 Källförteckning

### 7.1 Litteratur

- Andrén-Sandberg, Å., *Aspekter på kvalitetsbegrepp inom sjukvården ur svenskt perspektiv*, Lund 1991
- Ax, C., *Cost Management – Produktkalkylering och ekonomistyrning under utveckling*, Lund 1995
- Bell J, *Introduktion till forskningsmetodik*, Lund 2000
- Berggren et al., IVF, *9000 goda råd. Att bygga kvalitetssystem i företag*, Mölndal 2001
- Bergman, B., Klefsjö, B., *Quality for Customer Needs to Customer Satisfaction*, Lund 1994
- Crosby, P., *Kvalitet är gratis – hur man säkerställer kvalitet*, Lund 1998
- Edwardsson, B., Thomasson, B., *Kvalitetsutveckling i privata och offentliga tjänsteföretag*, Borås 1993
- Eriksson, L.T., Wiederheim-Paul, F., *Att utreda, forska och rapportera*, Malmö 1997
- Grimby, U., *Kvalitetssystem - en handbok för hälso och sjukvård*, Mölndal 1998
- Juran, J.M., *Juran`s Quality Control Handbook*, United States of America 1988
- Juran, J.M., *Quality Planning and Analysis*, United States of America 1970
- Kaplan, R. S., Norton D. P., *The Balanced Scorecard – från strategi till handling*, Göteborg 1999
- Lundahl, Skärvad, *Utredningsmetodik för samhällare och ekonomer*, Lund 1992
- Merriam, S., *Fallstudien som forskningsmetod*, Lund 1994
- Olve, N.-G., Roy, J., Wetter, M., *Balanced Scorecard i svensk praktik*, Malmö 1999
- Ould, M., *Business Processes: modeling and analysis for reengineering and improvement*, Chichester 1995
- Porter, M., *Competitive Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors*, New York 1980
- Rentzhog, O., *Processorientering: en grund för morgondagens organisationer*, Lund 1998

Sandholm, L., *Kvalitetsstyrning med total kvalitet*, Lund 2001

SOS-rapport 1993:4, *Socialstyrelsens nationella projekt för sjukgymnastik. Kvalitetsutveckling i vården*, Stockholm 1993

Spirirapport 230, *Kvalitetssäkring. Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet*, Stockholm 1987

Spirirapport 352, *Kvalitetssystem för sjukvården*, Stockholm 1993

Tisell, J., Amugruppen, *Att arbeta med kvalitet*, Borås 1993

### 7.2 Artiklar

Calingo, L., *The evolution of strategic quality management*, International Journal of Quality and Reliability Management, vol. 13, no. 9, 1996

Czarniawska-Joerges & Genrell, *Gone Shopping? Universities on their way to the market*, Scandinavian Journal of Management, Göteborg 2002

Hill, S., Wilkinson, A., *In search of TQM*, Employee Relations, vol. 17, no. 3, 1995

Hoffman, J., Mehra, S., Sirias, D., *TQM as a management strategy for the millennia*, International Journal of Operations and Production Management, vol. 21, no. 5/6, 2001

Zhuang-Yang, J., *The Japanese Approach to Quality Management – A Human Resource Perspective*, Journal of Organization Change Management, vol. 7, no. 3, 1994

### 7.3 Uppsats

Salmhofer, A., *Practice of Total Quality Management in Local Government Organizations*, Göteborg 1999

### 7.4 Internet

[www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se)

### 7.5 Internt material

Björck, S., Steier, E. et al, *Fördjupad analys av produktivitetens utvecklingen vid regionens sjukhus*, Göteborg 2002

Nyhetsbrev, HOPRAS, Göteborg 2002-10-21

Landstingsvärlden, 29/02

Metodföreläsning, Hossein Pashang, 2002-12-12

### *7.6 Intervjuer*

Thomas Bremell, verksamhetschef, 2002-11-25

Eva Pettersson, undersköterska, 2002-11-27

Boel Mörck, vårdenhetschef, 2002-12-02

Kristina Lund, kanslist, 2002-12-02

Gun-Lis Olofsson, kvalitetschef, 2002-12-09



## Intervjuguide

1. Vad är kvalitet av ert arbete och vad har ni för kvalitetsfokusering?
2. Hur påverkar en kvalitetsansats arbetsprocesserna? (Förändring av gamla rutiner, ansvar, organisationens struktur m.m.)
3. Vilken del av arbetet har störst behov av kvalitetsförändring? (Patientrelationer, relationer mellan anställda och chefer, mellan olika enheter, behov av standardisering av arbetet och behov av prestationsmätningar)
4. Varför vill ni ha kvalitet och hur kan arbetet påverka patienten?
5. Hur mäter ni kvalitet och vilka mål finns?
6. Inriktas kvaliteten på inre eller yttre faktorer? (produktionen-processen eller produkten-image)
7. Utvecklar ni kvalitetsarbete utifrån en förutbestämd plan från strategisk eller operativ nivå?
8. Hur tolkar ni TQM och vilken effekt har ett TQM-perspektiv på ert arbete?
9. Varför använder ni TQM?
10. Vad spelar dokumentation för roll i kvalitetsprocessen?
11. Vad är det som dokumenteras och hur går dokumenteringen till?
12. Hur ser sambandet kvalitet-produktivitet-effektivitet ut?
13. Hur ser förhållandet ut mellan kostnader och kvalitet?
14. Är kvalitetstänkande något som är förankrat hos alla medarbetare? Finns det stöd från ledningen?