



LUND UNIVERSITY

Förförande idéer

Erlingsdottir, Gudbjörg

1999

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Erlingsdottir, G. (1999). *Förförande idéer*. [Doktorsavhandling (monografi), Ergonomi och aerosolteknologi]. Företagsekonomiska institutionen, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Förförande idéer

– kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården

Guðbjörg Erlingsdóttir



EKONOMIHÖGSKOLAN
Lunds universitet

Företagsekonomiska institutionen

Box 7080

220 07 Lund

ISBN 91-628-3777-X

© Guðbjörg Erlingsdóttir

Tryckt av KFS AB

Lund 1999

*I minningu langömmu minnar
Þórkötu Þorkelsdóttur
Til ömmu minnar
Guðbjörgar Björnsdóttur Smith
Og móður minnar
Kötlunni Smith Henje*

FÖRORD

Ingmar Tufvesson startade hela avhandlingsprocessen med frågan ”borde du inte komma hit och forska?”. En fråga han fick ta konsekvenserna av när han och Hans Jansson blev mina mentorer under den första tiden på doktorandutbildningen. Hjälp att hitta fram till fredagsfikan fick jag av kollegan Pia Arborelius – tack alla tre för att ni gjorde början möjlig. Hans Jansson försökte länge att få mig att stanna inom marknadsföringsområdet men organisationsteori och nyinstitutionalism hade fångat mitt intresse och det befintliga avhandlingsprojektet sjuösattes med Bengt Jacobsson som huvudhandledare och Karin Jonnergård som andrahandledare. Något år senare anslöt sig Barbara Czarniawska till handledarskaran. Denna trio har kontinuerligt guidat och berikat mitt avhandlingsarbete med sin kunskapsbredd, sitt genuina forskningsintresse och sin teoretiska drivenhet. Lägg därtill tålmod, aldrig sinande entusiasm och pedagogisk klurighet så förstår var och en att jag har varit en privilegerad doktorand – Tusen tack!

Ett annat privilegium har varit att få forska på heltid vilket aldrig hade låtit sig göras utan det finansiella stöd jag haft av Tore Browalds stiftelse, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, Institutet för Kvalitetsutveckling, Landstingsförbundet och Socialvetenskapliga forskningsrådet – tack för ert förtroende. Ett stort förtroende har även de i fältet visat som släppt in mig i sin vardag och berättat om sina erfarenheter – tack för er generositet. Vidare vill jag tacka Berit Andersson, Ann-Mari Nilsson, Hans-Ulrik Karlén, Maj-Britt Johansson, Roger Alexandersson, Tony Alexandersson och Miguel Gabard, som i sin tur hjälpt mig få ordning på de mera praktiska aspekterna av en doktorands tillvaro.

Största delen av doktorandperioden har jag suttit på Handsken som tack vare alla trevliga ”handskianer” varit en mycket trivsamt miljö att arbeta i. Även mina meddoktorander har varit en viktig del av den

plantskola där mitt alster har grott – tack alla! Andra som inspirerat eller på annat sätt bidragit till mitt arbete är Alexander Styhre, Christer Kedström, Pushkala Prasad, Stefan Sveningsson, Ulla Johansson, Gudmund Smith, Finn Borum, Jerker Blomqvist, Per Hansson och Solveig Månsson. Ett speciellt tack till Kerstin Sahlin-Andersson för att hon vidgade mina vyer, när jag inte såg skogen för träden och till Lars Norén och Kristina Genell för deras gedigna genomgång av manuset inför slutseminariet. Kristina har dessutom fortsatt vara mitt bollplank in i det sista. Min fd lärare och gode vän Folke Silvén är till slut värd en stor eloge för sin noggrannhet när han granskat och finslipat texten.

Folke tillhör också gruppen de nära och kära. Ni som tillsammans utgör den del av tillvaron som sätter arbetet i perspektiv. Först vill jag tacka mina och våra vänner för alla roliga och förtroliga stunder vi haft under den här perioden. Sedan mina föräldrar Katla, Jan, Erling och Ragna för att de hjälpt mig hålla kontakten med mina rötter i Island; mina bröder Adolf och Per-Matts för alla broderliga samtal och e-mail och min väninna Dilla för att hon fortfarande svarar i telefon nattetid. På lite närmare håll: mina svärföräldrar June och Allan som stöttat och tagit hand om Edda när våra tidsscheman spruckit (allt som oftast) och min syster Björg som även hon lärt sig hämta Edda på dagis.

Och till slut Carl-Henric, Katla, Carl och Edda, utan ert tålamod och kärlek hade jag aldrig rott det här projektet i hamn – tack ástirnar mínar.

Lund i september 1999

Guðbjörg Erlingsdóttir

INNEHÅLL

Kapitel 1 Kvalitetssäkringsidén	1
Kvalitetssäkringsidén	2
Hälsa och sjukvården 1980-	3
Kvalitetssäkringsidén och New Public Management	7
Avhandlingens uppläggning	10
Kapitel 2 Studiens teoretiska referensram	15
Den nya institutionalismen	16
Reflektion över det institutionella perspektivet	26
Institutionaliseringsprocessen enligt idémodellen	27
Sammanfattning	34
Kapitel 3 Studiens genomförande	37
Att spåra en idé ”baklänges”	38
Universitetssjukhuset i Lund	40
Observation som metod och teknik	43
Insamling av material	49
Fältstudiens presentation	52
Kapitel 4 Kvalitetssäkringsidén Från idé till lag	55
Bland idébärarna	55
Idén om kvalitetssäkring dyker upp	55
En idé – tre traditioner	58
Från idé till strategi och modell	60
På sjukhuset	64
Kvalitetssäkringsidén kommer till Lund	64
På vårdgolvet	74
Avdelning ”Gemyten” på medicin	74
Avdelningen ”Hurten” på kirurgen	88
Vad blev det av idéen på sjukhuset?	100
Den externa granskningen	100
Vad blev det av Lundamodellen?	102
Vad blev det av idéen bland idébärarna?	104
Från trend till lag	104
Sammanfattning	109
Kapitel 5 Ackrediteringsidén Från lag till trend	113
Bland idébärare	113
Lagen om ackreditering	113
SWEDAC som anpassning till EG	115
Det första ackrediterade sjukhuslaboratoriet	119

På sjukhuset	121
Ackrediteringen kommer till Lund	121
På labgolvet	127
Klin-kem-lab	127
Internrevisioner	140
Vad blev det av idén på sjukhuset?	146
Efter observationen: Slutbesiktningen	146
Vad blev det av idén bland idébärarna?	149
Ackrediteringstrenden	149
Sammanfattning	151
Inför analysen	152
Kapitel 6 Idéernas institutionaliseringsprocesser	155
De analytiska redskapen	156
Kvalitetssäkringsidéns resa	158
En omtolkningsbar idé...	158
...är svårförpackad...	162
...reser fram och tillbaka...	165
...vilket ger isomorfism och mångfald...	167
...och fortsatt omtolkning	171
Ackrediteringsidéns resa	172
En idé som kopieras...	172
...är färdigförpackad...	175
...skickas åt ett håll...	176
...vilket ger homogenisering och isopraxism...	178
...och fortsatt omdefiniering	182
Institutionaliseringsprocesserna – en jämförelse	183
Omtolkning och kopiering	183
Svårpackat och färdigpackat	185
Att resa och bli skickad	187
Isomorfism och isopraxism	188
Fortsatt omtolkning och omdefiniering	190
Sammanfattning idéernas institutionalisering	191
Kapitel 7 Förförande idéer	199
Den fortsatta omtolkningen och omdefinieringen	201
Revisionstrenden	204
Faran av förförande idéer	207
Mätbarhet	207
Synlighet och dokumentation	208
Ansvar genom kontrakt	209
Centralisering av makt	211
Handlingsstyrning	212
Epilog	214
Appendix	217
Intervjupersoner	217
Referenser	219
English summary	229

KAPITEL 1

KVALITETSSÄKRINGSIDÉN

Denna avhandling handlar om kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården i Sverige. Kvalitetssäkring har funnits som idé inom hälso- och sjukvården sedan mitten på 1980-talet då den först dök upp på Spri (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, numera Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut). Sedan dess har idén cirklat i hälso- och sjukvården, dit den aktivt förts ut av bland annat Socialstyrelsen och Spri.

Flera studier har de senaste åren noterat att en stor mängd idéer cirklar kontinuerligt inom och mellan olika organisationsfält (Czarniawska och Sevón, 1996; Sahlin-Andersson, 1996; C. Blomqvist, 1996; Fernler, 1996). Vissa av dessa blir rådande, dvs *på modet*, vilket gör dem till legitima lösningar på olika problem. Bland sådana idéer på modet kan organisationer enkelt hitta färdiga *paketlösningar* till hur de exempelvis skall styra, leda eller budgetera sin verksamhet.

Idén om kvalitetssäkring kom på modet i början på 1990-talet då allt fler organisationer och verksamheter inom hälso- och sjukvården använde sig av olika kvalitetssäkringar eller beskrev delar av sin verksamhet som kvalitetssäkringar (Jämför Borgert, 1992; Czarniawska och Sevón, 1996). Idén har dock kommit att bli mer än ett modedefenomen – i januari 1997 trädde en lagändring i kraft som gjorde kvalitetssäkring till ett obligatorium för all vårdande verksamhet. Kvalitetssäkring skall därmed utgöra en självklar ingrediens i vårdande verksamheter.

Detta till trots ger dagens vårdorganisationer ingalunda en enhetlig bild när det gäller användning av kvalitetssäkring, varken för modeller eller resultat. Socialstyrelsen har rätt att inspektera vårdande verksamhet

utifrån kvalitetssäkringsperspektiv, men de har, än så länge, inte gett några enhetliga direktiv för *hur* organisationer inom hälso- och sjukvården skall uppfylla de krav som lagen ställer.

Kvalitetssäkringsidén

Jag har följt idén om kvalitetssäkring från det att denna studie började i april 1994. Dessutom har jag försökt rekonstruera idéns rörelse eller resa från det att den började göra sig gällande i hälso- och sjukvården i mitten på 1980-talet. Anledningen till att jag följt kvalitetssäkringsidén i tid och rum är att jag haft för avsikt att fånga och belysa idéns institutionalisering i hälso- och sjukvårdsfältet.

Jag beskriver medvetet kvalitetssäkring som *idé* för att markera att det inte är *en* teknik, *en* modell eller *en* definition jag har velat studera. Tvärtom vill jag i den här avhandlingen ta reda på hur de som skapat och använt idén om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården har tolkat och omtolkat idén i olika praktiker och vid olika tidpunkter under institutionaliseringsprocessens gång.

Det nyinstitutionella perspektivet, i vilket förhållandet mellan organisationer och de institutioner de anses vara en del av, har legat till grund för studien. Enligt den nyinstitutionella teorin utgör institutioner dimensioner, vilka flyter in i och ut ur organisationer på ett sådant sätt att flera organisationer tillsammans utgör ett fält av eller snarare runt gemensamma institutioner. Detta fält brukar kallas för ett organisationsfält (DiMaggio och Powell, 1983). Den nyinstitutionella teorins fördelar är i mångt och mycket att den studerar organisationer genom de institutioner och organisationsfält de är en del av. En kritik som väckts inom den nyinstitutionella teorin är att den i för liten grad har studerat och beskrivit själva institutionaliseringsprocessen.

Analysen görs utifrån Czarniawska och Joerges idémodell (1996, s 46) i vilken de beskriver en institutionaliseringsprocess som en mångfacetterad och ofta motstridig process genom att se människors möten med idéer som översättningsprocesser. Översättning (Latour 1986; Callon, 1986) ger i denna betydelse utrymme för olika slags tolkningar och bemötanden av en idé och innebär inte en strikt översättningsprocess

”ord för ord” utan exempelvis att ett abstrakt språk översätts till ett konkret språk och att ord översätts till handlingar.

I modellen beskriver Czarniawska och Joerges idéer på följande sätt:

Ideas are images which become known in the form of pictures or sounds (words can be either one or another). They can then be materialized (turned into objects or actions) in many ways: pictures can be painted or written (like in a stage-setting), sounds can be recorded or written down (like in a musical score) and so on and so forth. Their materialization causes change: unknown objects appear, known objects change their appearance, practices become transformed. (Czarniawska och Joerges, 1996, s 20)

Modellen antar att resultatet av översättningen är svårkontrollerbart. Idéns eventuella effekter beror således bland annat på om och hur den omtolkas när och där den översätts.

Genom att följa de tolkningar och omtolkningar som har gjorts av kvalitetssäkringsidén, avser jag att visa vilka underliggande normer och värderingar organisationer inom hälso- och sjukvården identifierar sig med och tolkar in i de metoder och modeller de använder för kvalitets-säkring, samt vad som sker när dessa idéer möter redan befintliga idéer och rutiner i den praktik de är avsedda för.

Hälso- och sjukvården kan ses som ett organisationsfält i sig självt men även som en del av den dominerande institution vi kallar offentlig förvaltning, runt vilken ett antal organisationsfält är organiserade.

I Sverige har offentlig förvaltning i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet genomgått stora omvälvningar de senaste två decennierna.

Hälso och sjukvården 1980-

Med låg barnadödlighet och hög genomsnittsålder har den svenska sjukvården, i modern tid, setts som föregångare internationellt beträffande både kvalitet och vårdmetoder. Från efterkrigstiden och ända in på sjuttioalet ansågs kvalitet inom sjukvården stå i proportion till den mängd resurser som sattes in i verksamheten – ju mer resurser desto högre kvalitet. Under perioden 1960-1980 gjordes stora investeringar i

den svenska sjukvården och förtroendet för att den skulle hålla hög kvalitet var stort både inom Sverige och utomlands.

Sedan början på 1980-talet har den svenska sjukvården hamnat i en alltmer ansträngande ekonomisk situation. Det finns inte längre utrymme för verksamheter att växa genom ökade resurser. Istället måste kraftiga nedskärningar eller, som det kallas, strukturförändringar genomföras. Privatiseringar, decentraliseringar och omfördelning av ansvar för vård och omvårdnad mellan stat och landsting och landsting och kommun är några av de politiska beslut som fattats inom sjukvården.

Samtidigt har vårdsektorn kritiserats utifrån för växande värdköer, bristande empati och engagemang hos personalen, och inifrån för alltför hög arbetsbelastning och dåliga löner. Strejker, uppsägningar, nerlagda och sammanslagna vårdavdelningar talar ett tydligt språk och speglar den hårdnande ekonomiska verklighet som vårdorganisationer har att möta.

Den svenska sjukvården tillhör privatiseringsförsöken till trots fortfarande till största delen offentlig förvaltning och är därmed budgetstyrd och beroende av politiken. Politiskt har man bestämt att sjukvården måste bli mer produktiv och ett antal reformer och andra förändringar har genomdrivits för att effektivisera verksamheterna.

I början på 1980-talet fullbordades det sedan länge pågående maktskiftet från nationell till lokal landstingsnivå inom hälso- och sjukvården (Anell, 1996). Den unika svenska sjukvårdsmodellen ”i vilken parallella, geografiskt avgränsade, politiskt styrda organisationer har hand om såväl totalekonomin som huvuddelen av både öppen och sluten vård” (Arvidsson och Jönsson, 1997 s 26) stod därmed klar. Landstingen hade dock enligt Arvidsson och Jönsson svårt att klara de krav på kostnadsbegränsning och ökad effektivitet som nya betingelser under 1980-talet ställde på offentlig förvaltning. I tron att valfrihet och konkurrens skulle bidra till en effektivisering av hälso- och sjukvården infördes *interna marknader* i allt större omfattning under 1980-talet (P. Blomqvist, 1996). Interna marknader visade sig dock inte vara den lösning för sjukvården som många hade hoppats på, och dessutom har deras utformning och omfattning varierat avsevärt mellan olika landsting (C. Blomqvist, 1996; P. Blomqvist, 1996).

En borgerlig regering kom till makten 1991, vilket förde med sig en större inriktning på privata alternativ inom sjukvården samt en accentuering av den ökade valfrihet, som redan påbörjats tidigare med införandet av interna marknader. Köp-sälj-modeller och resonemang blev allt vanligare under det borgerliga styret och medförde en mera faktisk tillämpning av marknadskrafterna än vad interna marknader hade gjort. Parallellt härmed infördes resultatenheter enligt politiskt beslut. Chefsöverläkarreformen 1991 innebar i sin tur att chefsöverläkarna fick ett större ledaransvar.

De lokala sjukhemmen övertogs av kommunerna enligt riksdagsbeslut 1992 i den så kallade ÄDEL-reformen. Ett större betalningsansvar, först för medicinskt färdigbehandlade 1992 på akutsjukhus och sedan för psykiskt störda 1995, flyttades över från landsting till kommuner.

I början på 1990-talet omorganiserades socialstyrelsen och verksamheten fick delvis en ny inriktning. Detta förde med sig att tillsynen över hälso- och sjukvården intensifierades. För att aktivera tillsynen fördes den ut på de fem regionala enheterna; Umeå-, Örebro-, Stockholms-, Jönköpings- och Malmö- enheten. Syftet med den aktiva tillsynen sades vara att övervaka vårdens kvalitet och säkerhet, följa resursanvändningen samt bevaka de enskildas rätt i vården (Socialstyrelsens regionala nyheter 1991).

Förändringar av ovannämnda slag kräver ofta merarbete och en av dem som anställda inom sjukvården har klagat på de senaste åren har just varit att deras tid upptas av så mycket administration, att de inte hinner ge den vård de önskar (Blomgren, 1999). Läkarnas roll blir bland annat allt mer administrativ med krav på målstyrning, ledarskap och budgetuppföljning. Det har även formulerats krav på att läkarna skall kunna prioritera vem som skall behandlas utifrån kostnadskalkyler om vem som behöver vården mest och har bäst förutsättningar för förbättring (Jämför Melander, 1999).

Debatten i och om vårdsektorn pågår som bäst. Från myndigheternas sida sägs det finnas utrymme för effektiviseringar och besparingar (Ds 1994:22), samt att det alls inte är så att det blir färre som drar det tunga vårdlasset. Tvärtom påstås det aldrig ha arbetat så många inom vården som nu (Arvidsson och Jönsson, 1997). De som står på verkstadsgolvet

ute i vårdorganisationerna klagar över för stor arbetsbelastning och påpekar att om nedskärningarna fortsätter, så kommer detta att leda till försämrad vårdkvalitet med ökade risker för kortare behandlingstider och misstag, vilket i sin tur kan leda till försämrat slutresultat (Se Blomgren, 1999).

Det finns en del författare som avhandlat ämnet svensk sjukvård och dess kvalitet, effektivitet, kostnad osv de senaste åren. I boken ”Politik och marknad i framtidens sjukvård” för Arvidsson och Jönsson (1997) exempelvis en diskussion om huruvida det egentligen har skett en åtstramning inom sjukvården det senaste decenniet. Har resurserna verkligen blivit mindre?

En förmodligen viktig förklaring till de krisstämningar som finns, inte minst inom sjukvården, ligger i att det skett stora omfördelningar mellan olika delar av sjukvården. Den slutna vården har reducerats, främst genom en nerdragning av antalet vårdplatser. Däremot har den öppna vården och läkemedelskonsumtionen stigit kraftigt. Besparingarna inom den slutna vården uppfattas också som kraftigare genom att det skett kraftiga personalminskningar, främst vad gäller sjukvårdsbiträden. Denna minskning sammanhänger delvis med minskad sjukfrånvaro och ökad arbetstid för den personal som är kvar. Överföring av sjukvården och ansvaret för de färdigbehandlade (s k klinikfärdiga patienterna) till kommunerna har också medfört en ökad belastning på akutsjukvården. Vidare har vårdproduktionen på många håll i sjukhussektorn ökat kraftigt under denna tid utan samtidigt tillskott av resurser. Man har presterat mer vård för pengarna. Den ökade produktiviteten har naturligtvis inte tillkommit utan ansträngning. (s 15)

Svaret som Arvidsson och Jönsson ger är då att resurserna inte har minskat utan att produktionen, med samma resurser, har ökat.

Sedan 1980-talet har flera olika reformer och styrningsmodeller införts i hälso- och sjukvården i syfte att uppnå högre produktivitet och effektivitet. Många av dessa förändringar har inspirerats av privat näringsliv och utgör en del av en större trend inom offentlig förvaltning som kommit att kallas New Public Management.

Kvalitetssäkringsidén och New Public Management

Den ursprungliga inspirationen till kvalitetssäkringsidén inom hälso- och sjukvården kom från privat näringsliv. Här har kvalitetsstyrning med åren kommit att bedrivas i allt högre grad genom kvalitetssystem/-kvalitetssäkringar av olika slag och enligt Lindquist och Persson (1997) har denna del av kvalitetsområdet varit den som utvecklats mest det senaste decenniet. Lindquist och Persson relaterar den ”kundupplevda kvaliteten” och kvalitetssäkring med varandra, eftersom de dök upp under samma tidsperiod. Sambandet mellan en kvalitetssäkring och kundens krav på kvalitet är enligt Juran (1989) att måttet för kvaliteten etableras tillsammans med kunden eller med godkännande av kunden. En produkt som är certifierad eller ackrediterad av en tredje part enligt en kvalitetssäkring har detta kontrollmoment inbyggt, så att kunden inte behöver inspektera produkten utan kan lita på att måtten är rätt. Kvalitetssäkring är därför en mer kundinriktad process än många andra kvalitetssystem som exempelvis TQM, då den används för att kommunicera kvalitet till kunden snarare än ett sätt att styra produktionen internt.

Den explosiva ökningen av kvalitetssäkring sedan 1980-talet indikerar en ny sorts kommunikation på marknaden mellan säljare och köpare. Denna utveckling har påskyndats av framväxten av internationella handelsunioner och globalisering av marknader emedan dessa ställer ökade krav på homogena produkter (Tamm Hallström, 1998; Henning, 1998) och mera lättåtkomlig information om produkterna (Ouchi, 1979).

De kanske mest använda kvalitetsstandarderna i världen; ISO 9000, publicerades av standardiseringsorganet ISO (the International Organization for Standardization) 1987 i syfte att ge företag i olika branscher vägvisning i valet av enhetliga kvalitetssystem för en internationell marknad. Kvalitetssäkringar baserade på ISO 9000 har spritt sig med vindens hastighet och har haft en stor betydelse för spridningen av kvalitetssäkring i hela världen men kanske framför allt i Europa, eftersom den blivit ett obligatorium för många producenter vilka vill sälja på vissa marknader eller mot vissa kunder (Tamm Hallström, 1998; Henning, 1998).

Vrangbæk (1999) föreslår att kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården kan ses som ett exempel på hur styrmodeller från det privata näringslivet används inom offentlig förvaltning. Önskan om att ta kontroll över och förbättra den offentliga förvaltningens ekonomiska resultat har inneburit bland annat att dess ekonomiska värde blivit objekt för utredningar och laborerande från myndigheters och regeringens sida. Inspiration till ledningsmodeller och identiteter har hämtats från det privata fältet med vilket offentlig förvaltning har jämförts. New Public Management (NPM) är ett samlingsnamn för en hel rad reformer och förändringar inom offentlig förvaltning sedan 1980-talet som har det gemensamt att de hämtat inspiration från det privata näringslivet (Rose och Miller 1992, Power 1997, Vrangbæk 1999). Detta innebär inte att alla de idéer som New Public Management trenden består av har uppkommit i privat näringsliv. De kan mycket väl ha skapats inom exempelvis offentlig förvaltning från början och sedan anammats av organisationer inom privat näringsliv. Anledningen till att dessa idéer i detta skede hämtas från privat näringsliv är att de associeras med de positiva egenskaper som marknaden som institution förväntas ha. Historiskt har idéer ofta vandrat på detta sätt mellan olika fält. I Powers (1997) ord:

One might put the NPM ideal very simply as a desire to replace the presumed inefficiency of hierarchical bureaucracy with the presumed efficiency of markets.(s 43)

New Public Management kan även ses som ett sätt att genom olika reformer lansera en process avsedd att omdefiniera organisationer inom offentlig förvaltning (Brunsson och Olsen, 1993). Författarna som inte explicit skriver om New Public Management, uttrycker sig som följer:

A gradual redefinition of an organization, of its objectives and the criteria on which outsiders should assess it, may also help reformers to create a crisis, a major discrepancy between ambitions and performance, which in turn motivates a call for sweeping reforms. The tendency in the late 1980s to describe all kinds of organizations, including government agencies and universities, in terms previously reserved for industry, and to cite economic efficiency as the paramount criterion, can be seen as just such an attempt to launch a process of redefinition. (s 11)

Vrangbæk (1999) reflekterar över vad New Public Management har inneburit för hälso- och sjukvården i sin sammanfattande tabell nedan.

NPM grundkoncept/doktriner	Nya styrsystem i hälso- och sjukvården
1. Marknad/konkurrens	Fritt val av sjukhus Outsourcing av service och behandling
2. Autonomisering av driftsformer delegering av beslut	Kontraktstyrning Resultatbudget Bildande av enheter Styrningsreform
3. Ekonomiska incitament	Betaling enl prestation Överföring av överskjutande medel från ett år till ett annat Fritt sjukhusval kombinerat med att pengarna ”följer patienten”
4. Kvantitativa prestationsmål	Målformulering – prestationskrav på avdelningsnivå Kontraktstyrning
5. Användning av styrningsmodeller från privat näringsliv	Kvalitetssäkring/TQM Managementutbildning av klinik och sjukhusledning
6. Fokusering på effektivitet och kostnadsreduktion	Effektivisering av verksamheter. Utveckling av ”best in practice” riktlinjer Mätning Konsultanalyser av sjukvårdspraktik
7. Service/klient- orientering	Patientråd En förstärkning av patientens ställning Bokningssystem och ökad information till patienter och personal om väntetider, service osv Fritt sjukhusval

Tabell 1.1: New Public Management i hälso- och sjukvården (Vrangbæk, 1999 s 41, min översättning).

Den vänstra sidan i tabellen redovisar de idéer (grundkoncept) vilka gemensamt utgör New Public Management. Den högra delen av tabellen redovisar hur dessa idéer blir översatta i hälso- och sjukvårdspraktiken. Dessa översättningar kan variera i tid och rum och specifika exempel,

som ges i tabellen kan därför ses mer som förslag på vad de idéerna kan bli översatta till snarare än vad de de facto blir översatta till. Samma gäller förstås omvänt att tolkningarna kan hänföras till olika och flera av New Public Managements idéer/grundkoncepter.

Studien visar att tabellen även kan ses som en beskrivning av New Public Management inom den svenska hälso- och sjukvården. I berättelsen om kvalitetssäkringsidén kan de flesta av New Public Managements grundkoncept och de styrsystem de resulterar i kännas igen.

Studien visar även att dessa styrsystem skapat förutsättningar för den revisionstrend (auditing), som sköljt över flera andra verksamheter och länder i västvärlden de senaste åren (Power, 1997). Trenden består av och skapar externa granskningar och certifieringar vilka genomförs av "objektiva" granskningsorgan. Revisionstrenden förutsätter centralisering av makt och leder till en ny sorts kontroll inom offentlig förvaltning – ett skifte från inputkontroll till handlingskontroll. Att New Public Management har skapat förutsättningar för revision och handlingskontroll beror på att den i sig själv introducerat det privata näringslivets logik, språk och outputkontroll i offentlig förvaltning. Den har därmed visat vägen för verksamheter inom exempelvis hälso- och sjukvården som nu låter sig mätas, effektiviseras och utvärderas enligt kriterier som bygger på annan logik och värderingar än de medicinska.

Hur kvalitetssäkringsidén tolkats och omtolkats från det att den hämtades från privat näringsliv över till offentlig förvaltning i mitten på 1980-talet tills den blir en del av revisionstrenden är avhandlingens tema.

Avhandlingens uppläggning

Avhandlingens syfte är att öka förståelsen för institutionaliseringsprocesser, såväl inom som mellan organisationsfält. Detta görs genom att en idé – kvalitetssäkringsidén följs under dess institutionaliseringsprocess i hälso- och sjukvården. Avhandlingen avser att beskriva *hur* institutionaliseringen av kvalitetssäkringsidén i hälso- och sjukvården har gått till samt *vad* som har institutionaliserats. Det institutionella perspektivet har legat till grund för studien och har styrt metodvalet och

till viss del även studiens fokus på institutionaliseringsprocessen som sådan.

I kapitel två presenteras den teoretiska referensramen med fokus på institutionaliseringsprocessen. I kapitlet riktas kritik mot den nyinstitutionella teorin därför att den ger en förenklad bild av institutionalisering. Genom att se den som en antingen-eller-egenskap istället för som en process har nyinstitutionell teori inte förmått beskriva institutionaliseringsprocesser som de mångfacetterade och motsägelsefulla fenomen de är.

Inom den skandinaviska skolan har det emellertid dykt upp idéer och teorier de senaste åren som ger ökad insikt och förståelse för institutionaliseringsprocesser. Ett exempel på dessa nya rön är idémodellen och dess fokus på översättning av idéer i tid och rum under institutionaliseringens gång. Modellen presenteras i kapitlet som avhandlingens primära analysinstrument.

Det är dock fortfarande få fältstudier som genomförts utifrån dessa nyinstitutionella idéer, och det finns därför ett stort behov av studier som använder och utvecklar dem. Min avsikt är att göra just detta genom att följa idén i fältet och beskriva dess rörelse i *tid* och möten med andra idéer och handlingar på *plats* där de sker.

I kapitel tre beskriver jag hur jag har gått till väga för att studera kvalitetssäkringsidén på detta sätt. Genom att kombinera flera olika insamlingstekniker har jag samlat data som både beskriver hur idén rör sig i fältet över en längre period och hur den i form av en modell, Organisational Audit/organisationsgranskningen, möter praktiken på Universitetssjukhuset i Lund. Här fick jag dessutom en annan kvalitets-säkringsmodell, ackrediteringsmodellen, att studera. Ackrediteringsmodellen användes på en av de tre kliniker som jag studerade. Jag har även följt denna modell tillbaka i fältet. De två kvalitetssäkringsmodellerna visade sig ha sitt ursprung i två skilda idéer: kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén.

I kapitel fyra och fem följer jag de två idéernas, kvalitetssäkringsidéns och ackrediteringsidéns, resor i deras respektive men även gemensamma fält. Genom att följa idéernas institutionaliseringar har jag velat ta reda på

om och i så fall hur idéerna har tolkats och omtolkats under processens gång.

I kapitel sex beskrivs och analyseras sedan de olika översättningar som efter hand gjorts av kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén. Materialet presenteras och analyseras utifrån den teoretiska referensram som presenterats i kapitel två. Några av de frågor som besvaras i kapitlet är varför och var idéerna dök upp? Vilka problem har de setts som lösningar till? Är idéerna beroende av andra idéer och trender? Tolkas idéerna på samma sätt av idébärande organisationer och organ som EG, SWEDAC, Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen som ute i hälso- och sjukvårdspraktiken? Vad händer när idéerna möter de befintliga rutinerna på vårdgolvet? Kapitlet avslutas med en jämförelse av de två institutionaliseringsprocesserna.

Studien visar att idéer som tolkas och omtolkas under institutionaliseringprocessen gång ofta kopplas till olika övergripande eller förhärskande idéer i samhället. Angående kvalitetssäkringsidén återspeglas dessa övergripande idéer och de normer och värderingar som finns inbyggda i dem i New Public Managements styrningsmekanismer. Sammantaget utgör dessa idéer ett slags budordslista för en framgångsrik organisation, vilken har funnits och cirkulerat i det moderna samhället under en längre tid. Till att börja med kanske mest bland de marknadsstyrda organisationerna men så småningom även som ledstjärna för organisationer inom offentlig förvaltning. Dessa framgångskriterier har en lång historia som till stora delar sammanfaller med redovisningens historia (Law, 1994; Hopwood, 1987; Meyer, 1986). Law (1994) påpekar att dessa idéer reflekteras i det som kallas moderniteten;

The stories differ, but they have this in common: somewhere and somehow, between the years of 1400 and 1800 a series of changes took place in Europe. When taken together, these added up to a thoroughgoing reorganizations of the methods of ordering. These techniques, and the project that they carry, lie at heart of the kind of world we know today. (Law, 1994 s 7)

Idéer som kopplas till andra övergripande eller *förhärskande* idéer som modernism, effektivitet och produktivitet osv kommer att bli mer framgångsrika än andra idéer (Czarniawska och Sevón, 1996; Meyer, 1996; Røvik, 1996). Förhärskande idéer har ofta ett slags inbyggd

succéhistoria dvs att de innehåller, historiskt sett, återkommande berättelser (myter) om vad som anses viktigt för en framgångsrik organisation – däri ligger deras *förförande* makt. Vilka tänkbara konsekvenser det kan få för organisationer inom hälso- och sjukvården att låta sig förföras av revisionstrendens förhärskande idéer översatta till den senaste omtolkningen av kvalitetssäkringsidén diskuteras till slut i kapitel sju.

KAPITEL 2

STUDIENS TEORETISKA REFERENSRAM

Nya teoretiska perspektiv har under de senaste decennierna dykt upp inom ämnesområdet organisationsteori. Dessa har setts som alternativ till de traditionella organisationsteorierna, som enligt de nya rönen inte förmått att fullt ut beskriva organisationers komplexitet och djup. Organisationskultur, innebördskonstruktion, ideologi och symbolism är några av dessa nya eller återupplivade perspektiv (för en genomgång, se Alvesson och Berg, 1988). Nyinstitutionell forskning om organisationsfält söker i sin tur bättre förståelse för institutioners roll i organisationer (DiMaggio och Powell, 1991), samt för hur organisationer reagerar på utifrån kommande institutionella krav (Oliver, 1991).

Den institutionella teorin har sina rötter i tankar av Weber (Se DiMaggio och Powell, 1983), Dürkheim (Se Douglas, 1986), men även i fenomenologi, särskilt i verk av Alfred Schütz (Se Berger och Luckmann, 1966/1979). Den bottenar i tanken att människors handlingar styrs av de institutioner de växer upp med och socialiseras in i, samt att dessa institutioner är skapade av människor genom deras deltagande i dem. Institutionerna utgör en sorts mall för ”ett normalt handlande”, och ofta är de så självklara att ingen reflekterar över dem. Så fungerar tex sättet att hälsa, klä sig eller äta som en institution i ett samhälle. Det accepteras att ”så här gör man” i en viss given situation (Berger och Luckmann, 1966/1979).

Institutionella teorier används inom flera andra discipliner än ekonomi, tex sociologi, antropologi och statsvetenskap. Det institutionella

perspektivet inom organisationsteorin härrör från sociologernas ansats att förklara samhälleliga fenomen och är därför mer inriktade på samhället i sin helhet än enstaka organisationer. Att ha möjlighet att studera vilka normer och värderingar som organisationer använder för att legitimera sina handlingar, varifrån dessa idéer kommer samt vilka konsekvenser de får på plats i organisationer, kan ge en bred bas för tolkningar och analys som få eller rentav inga andra teoretiska perspektiv kan ge på organisationer.

Den nya institutionalismen

Under de två senaste decennierna har ett nytt angreppssätt gjort sig allt mer gällande vid studier av organisationer ur ett institutionellt perspektiv. Detta forskningsområde är dock fortfarande under utveckling, där ”samtal” i form av olika publikationer och konferenser för stafetten vidare i en ständig process av teoretiskt knådande. Den institutionella organisationsteorin har gett svar på, och alternativ till, den rationella besluts- och ledarmodellen genom sin inriktning på att förklara organisatoriska förändringar utifrån de institutioner organisationen består och omges av. John Meyer och Brian Rowans artikel ”Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony” (1977) räknas som startskottet till denna sk *nya institutionalismen*. Artikelns syfte var att återinföra samhället och dess institutioner i organisationsteorin. Många författare har sedan dess beskrivit den nya institutionella teorin genom att jämföra den med den ”gamla institutionalismen” (DiMaggio och Powell, 1991; Scott, 1995; Czarniawska och Sevón 1996; C. Blomqvist, 1996; Genell, 1997). Denna jämförelse kommer inte att göras här. Den nya institutionella organisationsteorin ses som ett så pass etablerat teoretiskt område att den här inte behöver särskiljas vidare från de mera klassiska institutionella teorierna.

Ett av den institutionella teorins mera centrala antaganden, att människor strävar efter säkerhet och förutsägbarhet i organisationer (Zucker, 1977; Hannan och Freeman, 1984), leder till huvudargumentet att organisationsförändringar sker genom intresse för legitimitet och överlevnad (DiMaggio, 1988). Detta räcker dock enligt DiMaggio inte till för att förklara variationer i organisationers strukturer och sätt att arbeta.

Argumentet antar nämligen att den institutionella ordningen i sig själv är stabil. En av de saker som den nya institutionalismen har kritiserats mest för är just att den inte gett förändringar och variation i institutionella system tillräcklig uppmärksamhet (Scott, 1995).

Delvis som svar på detta har det inom den nya institutionalismen vuxit fram en skola som kallats för den *skandinaviska institutionalismen* som representerar forskare först och främst i Norden, vilka skapat en tradition av att göra fältnära studier av organisationsförändringar. Den skandinaviska institutionalismen skiljer sig från den nya institutionalismen på så sätt att den ser såväl förändringar som stabilitet som en organisatorisk norm. Dessutom har den skandinaviska institutionalismen en större fokus på processer och organisationer (i motsats till hela fält) när det gäller studieobjekt (Brunsson och Olsen, 1993). Denna forskningstradition utgör en viktig del av referensramen för studien, eftersom den varit inriktad på forskning om och tolkning av reformer och organisatoriska förändringar inom offentlig förvaltning i Sverige och övriga Skandinavien.

Även dessa studier fokuserar dock relationen *mellan* olika organisationer och har därför inte i någon större grad belyst *hur* den ständigt pågående institutionaliseringsprocessen sker bland individer och i grupper på olika nivåer i organisationer eller andra praktiker inom ett fält. Då det är denna ständigt pågående process som är av störst teoretiskt intresse för denna studie, kommer min summering av den nyinstitutionella teorin fortsättningsvis att fokusera institutionaliseringsprocessen. Först kan det dock vara på sin plats att diskutera förutsättningen och resultatet av en institutionaliseringsprocess, dvs institutionen.

Institution

Det finns lika många definitioner av begreppet institution som det finns författare som behandlar ämnet. Centralt för dem alla är dock tanken att institutionen manifesteras i vanemässiga handlingar och att dessa handlingar legitimeras av de normer, värderingar, lagar, traditioner eller vanemässiga tänkande som institutionen består av. Flertalet författare är dessutom överens om att institutioner både möjliggör och begränsar handling.

Hodgson (1988) beskriver exempelvis institutionen som en samhällelig och moralisk kategori, vilken genom att utgöra ett bestämt handlingsfält anger vad som kan och bör göras. Institutionen begränsar och möjliggör på så sätt individuella handlingar. Enligt Hodgson är institutionen bärare av normer och värderingar, som syftar till att reducera graden av osäkerhet vid interaktion genom att tillhandahålla information och ge stabilitet.

Jepperson (1991) beskriver i sin tur denna stabilitet som en social ordning eller ett socialt mönster, vilket har uppnått en viss varaktig egenskap (state or property). Dessa sociala mönster, dvs institutionerna, består av standardiserade återkommande interaktioner. Även Jepperson beskriver institutionen som en begränsande/frihets dualitet. Istället för att se institutioner som bärare av normer och värderingar, som Hodgson, beskriver Jepperson tre slags bärare av institutioner: formella organisationer, kulturer och regimer.

En annan diskussion som förs av olika författare är hur omfattande en institution kan vara. Enligt exempelvis DiMaggio och Powell (1991) kan en institution, dvs rutinemässigt tänkande och handlande, representeras av allt från en handskakning till en avdelning för strategiplanering. Jepperson och Mayer (1991) påpekar att institutioner således kan skapas och upprätthållas i såväl stora som små grupper av människor samt lokalt såväl som globalt.

Berger och Luckmann (1966/1979) understryker samma ”töjbarhet” beträffande institutioners storlek. De definierar institution som ”en ömsesidig typifiering av vanemässiga handlingar av aktörer” (s 70), vilka kan vara olika anonyma på en skala från ansikte mot ansikte-interaktioner till typifieringar, som sker på ett så stort avstånd att de blir ”anonyma abstraktioner” (s 46). Typifieringarna är dock *alltid* ömsesidiga och tillgängliga för alla inom den givna sociala gruppen.

Institutioner är enligt ovanstående författare först och främst ett resultat av människans behov av att skapa rutiner i sitt sätt att handla. Enligt Berger och Luckmann (1966/1979) spar rutiner energi och möjliggör andra icke vanemässiga handlingar som reflektioner och innovation. Författarna ställer således den vanemässiga (rationaliserade,

standardiserade) handlingen innanför institutionen, medan den överlagda och innovativa ställs utanför:

Med andra ord skapar bakgrunden av vanemässig aktivitet en förgrund som har utrymme för överläggning och innovation. (s 70)

Dras detta resonemang till sin spets borde ett komplement till institutionen existera – ett komplement av handlingar som inte är styrda av institutioner utan är överlagda och innovativa eller spontana och improviserade (Weick, 1969/1979).

Berger och Luckmann påpekar dessutom att en institutions existens i sig själv innebär att människors handlingar automatiskt har ställts under social kontroll och att:

Ytterligare kontrollmekanismer krävs bara i den mån som institutionaliseringsprocessen inte haft fullständig framgång. (Berger och Luckmann, 1966/1979 s 71)

Med ytterligare kontrollmekanismer syftar författarna bland annat på instiftade lagar och förordningar. Detta skulle tyda på att kvalitetssäkringsidéns institutionaliseringsprocess inte var fullt så framgångsrik i hälso- och sjukvården, eftersom regeringen såg anledning att lagstifta användningen av kvalitetssäkring. En annan mycket viktig aspekt av institutioner är enligt Berger och Luckmann, att de förutsätter historicism:

De kan inte skapas på ett ögonblick. Institutioner har alltid en historia, av vilken de är produkterna. (s 71)

Denna historia skapas vid överföring av institutioner till nästa generation via legitimering av de institutionaliserade handlingarna i form av ”lingvistiska objektifieringar” (s 113), som bygger in de legitimerande förklaringarna i ordförrådet.

Berger, Berger och Kellner (1973) visar i sin bok *The Homeless Mind* hur sådana lingvistiska objektifieringar kan omfatta flera institutioner vilka gemensamt skapar ett kunnande eller vetande som blir som en hel sfär av förgivettagna ”sanningar”. Moderniteten byggs således enligt Berger, Berger och Kellner upp av framför allt två sådana institutionella sfärer, den teknologiska och den byråkratiska. Dessa institutionella sfärer bär på normer och värderingar som reflekterar respektive sfärs mekanismer och grundantaganden. Det teknologiska vetandet representeras således av

föreställningar om världen som mekanistisk, reproducerbar, sekventiell och mätbar, vilket i sin tur leder till separation av medel och mål samt antagandet om alltings maximerbarhet. Det byråkratiska vetandet representeras i sin tur av föreställningar om hänskjutande, procedurers riktighet samt anonymitet som leder till en moralisk anonymitet, vilken skapar möjlighet till reklamation. Vidare separeras inte medlen från målen i den byråkratiska sfären på samma sätt som i den teknologiska.

Att det på så sätt skulle finnas olika sfärer av kunskap gör att inspiration till nya lösningar av problem kan hämtas från en institutionell sfär till en annan (Cole, 1989). Men det innebär även att olika sfärens vetande, och de normer och värderingar som legitimerar dem, kan komma att kollidera med varandra (Berger, Berger och Kellner, 1973).

Definitionen och användningen av begreppet institution varierar som synes mellan olika författare, även om andemeningen i sig inte skiljer dem nämnvärt åt. I avhandlingen definieras institution som förgivettagna handlingsmönster, vilka legitimeras av normer och värderingar som både möjliggör och begränsar dessa handlingsmönster. Både normerna och handlingsmönstren etableras vid institutionaliseringsprocesser bland individer och i grupper i olika praktiker i eller mellan olika fält.

Institutionaliseringsprocessen

En institutionaliseringsprocess förutsätter att det finns en ”ny” idé som omvandlas till vanemässig handling. Inte alla idéer blir institutioner men vissa av de mera framgångsrika idéerna (framgångsrik i detta sammanhang behöver inte betyda att de är enbart positiva) blir till ett förgivettaget handlingsmönster, dvs en institution. Många av nyinstitutionalisterna grundar sina teser om institutionalisering generellt i organisationer och organisationsfält på Berger och Luckmanns (1966/1979) beskrivning av institutionalisering i olika faser (Scott, 1987; DiMaggio och Powell, 1991; Tolbert och Zucker, 1996). Nyinstitutionalisterna har dock fört upp Berger och Luckmanns resonemang på en mera aggregerad och abstrakt nivå. Till skillnad från nyinstitutionalister tar Berger och Luckmann nämligen sin utgångspunkt i hur *människor* insocialiseras, dvs institutionaliseras i den gemensamt konstruerade

verkligheten eller hur verkligheten blir socialt konstruerad genom en institutionaliseringsprocess.

Varje institutionalisering föregås av vaneskapande processer, på flera olika nivåer enligt Berger och Luckmann. Därmed inte sagt att alla vaneskapande processer leder till institutionalisering, men som Berger och Luckmann påpekar: ”Empiriskt sett sammanfaller den viktigaste delen av den mänskliga aktivitetens förvandling till vanemässiga handlingar med dess institutionalisering” (s 70). De konstaterar även att själva institutionaliseringen i sig har en prägel av kontroll, vilken inte innefattas i de sanktionsmedel som senare används för att stödja en institution.

Institutionaliseringen av individer sker enligt Berger och Luckmann genom följande faser: *Externalisering* varigenom människan skapar samhället, *objektifiering* då från början subjektiva handlingar uppnår objektivitet och till slut *internalisering* varigenom samhället insocialiserar människor i nästa generation i den objektifierade verkligheten. Den sociala världen karakteriseras därför av följande drag som korresponderar till de tre faserna externalisering, objektifiering och internalisering:

Samhället är en mänsklig produkt. Samhället är en objektiv verklighet. Människan är en social produkt. (s 78)

Denna process kräver tid och institutioner har därför alltid en historisk dimension.

Trots att den nya institutionalismen, vilket tidigare påpekats, i princip bygger på denna beskrivning av institutionaliseringsprocessen, komprimeras processen i de flesta författares beskrivning både i tid och rum men även beträffande aggregeringsnivå så att en del av dess komplexitet går förlorad. En anledning till detta är att studier inom nyinstitutionalismen ofta görs av hela organisationsfält. Den nyinstitutionella teorin har inte i någon högre grad fokuserat själva institutionaliseringsprocessen (Tolbert och Zucker 1996) utan varit mer inriktad på fältet och/eller organisationer.

Institutionalisering inom organisationsfält

Enligt den nyinstitutionella teorin utgör en institution en dimension som flyter in i och ut ur organisationer på ett sådant sätt att flera

organisationer tillsammans utgör ett fält av gemensamma institutioner. Sådana *organisationsfält* består av organisationer vilka på ett eller annat sätt utbyter exempelvis varor, råvaror, kunskap, regelverk eller professionella värderingar med varandra (DiMaggio och Powell, 1983).

Alla organisationer existerar i sådana organisationsfält som skapar dem och som organisationerna i sin tur vidare skapar i en ständigt pågående process (Czarniawska-Joerges, 1992). Olika fält kan vara strukturerade runt olika dominerande institutioner. I vårt samhälle är de flesta organisationsfälten exempelvis strukturerade runt någon av de dominerande institutionerna, offentlig förvaltning, marknaden eller "frivilliga föreningar". Organisationer är beroende av att bli accepterade och legitimerade inom dessa fält. Annars får de svårt att skaffa kompetent arbetskraft och andra behövliga resurser. Ett sjukhus som inte är accepterat av fältet kan exempelvis varken locka till sig patienter eller kompetenta läkare.

För att uppnå legitimitet söker organisationer överensstämmelse med de institutioner de är beroende av och vill jämföras med, vilket leder till allt större homogenitet bland dem. Meyer och Rowan (1977) påpekar att ökningen av rationaliserade strukturer i samhället gör formella organisationer allt vanligare, då de bygger på dessa strukturer för att det anses som "comme il faut" och ger organisationen legitimitet. Av detta följer enligt Meyer och Rowan att många av dagens organisationer bygger sina formella strukturer snarare på omgivningens myter än på sina faktiska behov.

Att organisationer på så sätt blir allt mer lika varandra, lider brist på innovationer och effektiv styrning skulle således kunna tolkas som institutionell isomorfism enligt DiMaggio och Powell (1983). Denna homogeniseringstrend är inte bunden till särskilda organisationer eller institutioner. Den förekommer inom och emellan ett stort antal organisationsfält nationellt såväl som internationellt. Ett exempel på denna likriktning är den homogenisering av lagar som genomförs som en konsekvens av EU (Jacobsson, 1997), och ett annat är de internationella organisationer i vilka gemensamma lösningar till gemensamma nationella problem diskuteras (Sahlin-Andersson, 1998).

Isomorfism-metaforen används för att beskriva hur organisationer som ingår i samma organisationsfält homogeniseras genom att de visar upp samma struktur utåt/inåt fältet. De mekanismer som skapar isomorfism i ett organisationsfält kan delas upp i tre kategorier enligt DiMaggio och Powell dvs

- 1) framtvingad (coercive) isomorfism vilken härrör från bla politisk påverkan,
- 2) härmande (mimetic) isomorfism som svar på osäkerhet,
- 3) normativ (normative) isomorfism genom professionalisering.

DiMaggio och Powell påpekar att dessa kategorier sällan är renodlade i praktiken.

Isomorfism kan även beskrivas som en samtidig institutionalisering av en eller flera idéer i flera organisationer i samma fält. Denna beskrivning förklarar varför ett organisationsfält ofta visar upp en yta som kan uppfattas som isomorf, där de organisationer som ingår i fältet antar samma ”form”.

Zucker (1991) påpekar dock att den nyinstitutionella teorin ibland inte är medveten om att själva namngivandet av en process inte förklarar den i sig. Institutionalisering är enligt Tolbert och Zucker (1996) både *en process* och *en egenskap* (property variable). Att den inte blir betraktad så leder till att institutionalisering ses som en antingen eller egenskap – antingen är någonting institutionaliserat eller så är det inte. Därav kommer att graden av institutionalisering och i vilken mån olika organisationer inom samma fält kan visa olika grad av institutionalisering inte behandlas.

Tolbert och Zucker föreslår att graden av institutionalisering i ett organisationsfält kan bedömas genom de olika stadierna: pre-institutionalisering, del-institutionalisering och fullständig institutionalisering. Modellen bygger på Berger och Luckmanns teorier om att institutioner skapas genom vaneskapande, objektifierande och sedimentering. De tre stadierna kan identifieras genom deras olika karakteristika i följande dimensioner: process, implementerarnas karakteristika, diffusionens drivkraft, graden av teoretisering, variation av implementering och graden av misslyckade strukturer. De gör dock ingen skillnad mellan institutionaliseringar som sker frivilligt eller genom tvång.

Både Berger och Luckmann, och Tolbert och Zucker understryker med andra ord institutionaliseringsprocessens kontinuitet och gradvisa karaktär. Tolbert och Zucker (1996) efterlyser dessutom studier vilka beskriver hur själva institutionaliseringsprocessen sker som komplement till den litteratur (för exempel se, Meyer och Rowan 1977; DiMaggio och Powell, 1983; Borum och Westenholtz, 1995; Scott, 1995), som först och främst är inriktad på att beskriva själva institutionerna som sådana.

Institutionalisering i organisationer

Enligt den nya institutionella teorin tar en organisation till sig fältets idéer om hur den skall eller bör presentera sig för legitimitetens skull. För att inte dessa idéer skall störa den egentliga verksamheten, har organisationer ett antal mekanismer för att handskas med krav och institutionalisering som kommer utifrån (Meyer och Rowan, 1977).

Meyer och Rowan föreslår att isomorfism i en institutionellt laborerad omgivning, dvs i organisationsfält där såväl institutioner som formella organisationer är många och komplexa, leder till tre sorters effekter i organisationerna. Effekterna är särkoppling av strukturer från varandra och från aktiviteter i organisationen, ritualer som vidmakthåller förtroende och god tro (good faith) samt undvikande av inspektion och utvärdering utifrån. Offentlig förvaltning i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet kan ses som en sådan institutionellt laborerad omgivning, där dessa tre effekter kan förväntas vid isomorfism eller institutionalisering av organisationer utifrån.

Särkopplingsmekanismen och dess effekter är ett av den nyinstitutionella teorins grundantaganden. Den sker enligt författarna framför allt av två skäl:

First, technical activities and demands for efficiency create conflicts and inconsistencies in an institutionalized organization's efforts to conform to the ceremonial rules of production. Second, because these ceremonial rules are transmitted by myths that may arise from different parts of the environments, the rules may conflict with each other. These inconsistencies make a concern for efficiency and tight coordination and control problematic. (Meyer och Rowan, 1977 s 37)

Nyinstitutionell teori förklarar och definierar således många av de formella organisationernas strukturer som *myter* och *ritualer*, vilka förs in i organisationerna som anpassning till det organisatoriska fältet. En effekt av detta legitimeringssökande är att organisationerna tar till sig det språk som representerar den förändring de vill uppnå:

From an institutional perspective, then, a most important aspect of isomorphism with environmental institutions is the evolution of organizational language. (Ibid s 31)

Ett exempel på detta är när centrala administratörer på sjukhus uttrycker sig i termer av köp-sälj, kunder, priser och ekonomiska mål, i sin strävan att efterlikna privat näringsliv.

Idéer om hur organisationer skall presentera sig hämtas ofta från trender eller moden i organisationsfältet (Brunsson och Olsen, 1993). En och samma organisation kan dock influeras av flera olika organisationsfält och kan därför ha många moden att välja mellan. Enligt Borum och Westenholz (1995), kan en organisation exempelvis anpassa sig till olika organisationsfält eller dominanta institutioner vid olika tidpunkter. Vilka organisationsfält en organisation primärt identifierar sig med och söker legitimering av kan således variera med tiden. Enligt författarna kan en organisation därför bära på spår från flera olika institutionaliseringar vilka sedimenterats i organisationen.

Enligt Oliver (1991) finns det dessutom större variation i organisationers sätt att reagera på de institutionella kraven utifrån än de ovannämnda effekterna vid isomorfism. Oliver beskriver anpassning, kompromiss, undvikande, trots och manipulation som alternativa strategier som organisationer använder vid (mot) institutionalisering utifrån. Scott (1995) är inne på samma linje som Oliver men menar att flera organisationer inom samma fält kan reagera gemensamt eller rentav samarbeta, när det gäller att bemöta, hindra, kringgå eller omdefiniera utifrån kommande krav. Både Oliver och Scott beskriver dock som de flesta andra nyinstitutionalister *vad* som sker vid en institutionalisering av organisationer men inte *hur* den sker.

Reflektion över det institutionella perspektivet

Nyinstitutionell teori har tack vare studier av många organisationer på samma gång och huruvida ett helt fält blivit institutionaliserat eller inte gett en större helhetssyn på organisationer än andra organisationsteorier. Denna helhetssyn har dock lett till två problem vid studier av organisationer i institutionellt perspektiv.

För det första har institutionell teori genom sin fokus på själva institutionernas egenskaper kommit att behandla institutionaliseringsprocessen styvmoderligt varvid den beskrivs som en antingen-eller-egenskap. DiMaggio (1983) skriver exempelvis att organisationer *blev* institutionaliserade, Meyer (1996) i sin tur att en organisation *blev* efterföljare utan att beskriva själva processen och förlorar därmed *tidsdimensionen*. Institutionaliseringsprocesser har en historisk dimension och tar tid (Berger och Luckmann, 1966/1979; Tolbert och Zucker, 1996). Förklaringsvärdet hos ett fältmaterial minskar avsevärt om det komprimeras tidsmässigt till den grad att institutionaliseringsprocessens variationer och olika delprocesser går förlorade. Det är viktigt att följa en institutionaliseringsprocess för att se de olika och ofta motstridiga förändringar en sådan process kan ge upphov till i ett organisationsfält eller till och med i en och samma organisation.

För det andra har nyinstitutionell teori inte förmått att beskriva faktiska händelser, dvs hur institutionaliseringen sker på plats i praktiken. Den nyinstitutionella teorin blir helt enkelt ett ganska trubbigt redskap, när den skall användas på ett detaljerat material, vilket beskriver exempelvis en persons sätt att handla eller resonera. Enligt Berger och Luckmann är det just bland individer i grupper i olika praktiker som institutionalisering pågår. Tyvärr stödjer Berger och Luckmann endast sin tes med spekulativa exempel och inte med exempel från fältet. Det finns över huvudtaget inte särskilt många studier som i detalj kan beskriva hur institutioner skapas och förändras.

På senare tid har dock en del författare, först och främst inom den skandinaviska institutionalismen, använt sig av begrepp som översättning (Czarniawska och Joerges, 1996), imitation (Sevón, 1996), redigering (Sahlin-Andersson, 1996) och recept (Røvik, 1996) för att söka förklaringar till de teoretiska paradoxer vilka de likheter och olikheter som

uppenbarar sig i ett organisationsfält utgör. Ingående studier om hur institutioner varierar och förändras genom rörelse i tid och/eller rum är dock fortfarande sällsynta i praktiken (ett sent undantag är dock Strannegård, 1998 som visar hur miljöidéer har institutionaliserats på Electrolux).

För att i görligaste mån råda bot på detta läggs därför fokus i denna studie (studien om kvalitetssäkringsidén i hälso- och sjukvården) på såväl *tid*, vilket ger möjlighet att visa hur långsam och motsägelsefull en institutionaliseringsprocess är, som *plats*, dvs mikrofokus vilken avslöjar organisationer som komplexa och heterogena enheter.

Under sammanställandet av fältmaterialet insåg jag att det inte fanns någon enhetlig tolkning av kvalitetssäkringsidén inom hälso- och sjukvården. Istället framstod institutionaliseringsprocessen som en rad omtolkningar efter hand och i olika praktiker. För att åskådliggöra institutionaliseringsprocessen i studien presenteras materialet därför med hjälp av eller rättare sagt utifrån Czarniawska och Joerges *idémodell* (1996, s 46), vilken bygger just på tanken att idéer blir tolkade och omtolkade under institutionaliseringens gång.

Institutionaliseringsprocessen enligt idémodellen

I sin ”idémodell” presenterar Czarniawska och Joerges (1996, s 46) en alternativ modell för att synliggöra och förstå institutionaliseringsprocesser. Modellen kombinerar det lokala perspektivet med det globala för att förklara de organisatoriska förändringar och den institutionalisering som sker i större skala som i och mellan hela organisationsfält eller till och med på global nivå. Grundtanken är att förklara förändringar i organisationsfält och organisationer genom att följa idéer på deras resa mellan olika praktiker. Förändringar kan förstås utifrån hur idéer tolkas såväl när de kommer till en ny tid/plats som när de omvandlas till handlingar i organisationer.

Modellen förklarar således förändringar i organisationer genom de översättningsprocesser som sker lokalt, när idéer på modet tas in i organisationer som lösningar till olika problem. Översättning (Callon och Latour, 1981; Latour, 1986; Callon, 1986; Latour, 1993) är ett nyckel-

begrepp i modellen och jag skall därför börja med att beskriva Latours (1986) och Callons (1986) respektive översättningsmodeller, innan jag presenterar idémodellens stadier.

Översättning

Latour (1986) vill med sin översättningsmodell ge ett alternativ till den ”vanliga diffusionsmodellen” (Se exempelvis Brown, 1981). Latour använder begreppet *token* för det som blir översatt i modellen. Token kan översättas till svenskans symbol och kan vara nästan vad som helst: dokument, idéer, modeller, planer. Jag har här ersatt symbol (token) med *idé* i min översättning av Latours översättningsmodell, eftersom översättningsbegreppet i Czarniawska och Joerges idémodell används för att beskriva hur idéer översätts lokalt i olika praktiker. Enligt Latour innebär översättningsmodellen att:

the spread in time and space of anything – claims, orders, artefacts, goods – is in the hands of people; each of these people may act in many different ways, letting the token drop, or modifying it, or deflecting it or betraying it, or adding to it, or appropriating it.
(Latour, 1986 s 267)

Detta leder till tre antaganden vilka i min översättning är som följer:

Det finns ingen a priori tröghet i spridningen av en idé, antingen finns någon där för att plocka upp den och föra den vidare eller så finns det inte.

Idén besitter inte någon rörelseenergi i sig själv, den får energi av alla de personer som på ett eller annat sätt befattar sig med den. Kraften hos den första personen som rör vid idén är inte större än hos någon annan i kedjan.

De som sprider eller för idén vidare låter den inte bara passera som den är utan de återskapar den utifrån sina egna olika projekt eller intressen.

Detta gör att makt, enligt Latour, är en konsekvens av och inte en förutsättning för socialt agerande. Utifrån Latours definition av makt eller rättare sagt enligt hans översättning av maktbegreppet kan det därför hävdas att ju fler som deltar i översättandet av en idé – desto större makt får den:

The amount of power exercised varies not according to the power someone has, but to the number of other people who enter the composition. (Latour, 1986 s 265)

Detta innebär dock inte att Latour anser att alla människor har samma förutsättningar för översättandet av en idé utan att det inte är meningsfullt att på förhand bestämma vem som har möjligheten eller viljan att översätta en idé. Översättning skall således ses som en handling och inte som en egenskap.

Latour använder med andra ord översättningsbegreppet för att beskriva hur alla deltar i en konstant översättningsprocess genom vilken samhället skapas och återskapas. Detta i sin tur får metodologiska implikationer:

An alternative way of defining sociology is to make it the study of associations rather than of those few ties that we call social. If this new definition is accepted, another type of explanation becomes available to the analyst. He or she can use all the forces that have been mobilised in our human world to explain why it is that we are linked together and that some orders are faithfully obeyed while others are not. (Latour, 1986 s 277)

Vidare påpekar Latour att samhället byggs upp av det sociala, dvs av människor och deras interaktioner och av icke mänskliga ting som teknik – maskiner och andra icke mänskliga strukturer, vilka ”håller människor på plats” (s 277). Detta innebär dock inte i Latours mening en dikotomi av antingen sociala eller teknologiska interaktioner och ting utan att världen helt enkelt kan ses som *socio-teknisk* (Latour, 1993). I en sådan socio-teknisk värld skapar (skapar) och återskapar (återskapas) människor och icke människor varandra kontinuerligt, där båda är och blir en del av den andra. Latour påpekar även att de tekniska delarna av ett samhälle är mera varaktiga än de sociala och att det är detta faktum som gör att de håller människor på plats. I Latours beskrivning är det således denna blandning av socio-tekniska strukturer som utgör de *svarta lådorna*, dvs för-givet-tagna mönster eller institutioner.

Callon i sin tur lägger större vikt än Latour vid att beskriva hur olika översättare som deltar i samma översättningsprocess länkas till varandra och till det gemensamma problemet. Callon påpekar att detta är en ständigt pågående process, vilken aldrig blir avslutad och inte har något

uppnåbart mål – en översättningsprocess kan dessutom misslyckas enligt Callon.

I Callons version finns det fyra delmoment i en översättningsprocess:

- 1) problematiseringen vilken formuleras på ett sådant sätt att den bildar den *obligatoriska passagepunkten*. Detta sker genom att det i problematiseringen formuleras ett skäl för olika slags aktörer, mänskliga eller icke mänskliga, att söka en lösning på problemet. På så sätt skapas ett slags nätverk av allierade aktörer runt problemet och dess lösning.
- 2) Skapande av engagemang genom att de som formulerade problemet från början försöker inordna de olika aktörerna i de roller som tilldelats dem i problematiseringen.
- 3) De som formulerat problemet använder olika strategier för att definiera de olika aktörernas roller samt skapa interna relationer mellan de olika roller som de tilldelat olika aktörer.
- 4) Olika metoder genom vilka de som formulerat problemet försäkras sig om att aktörerna är värdiga representanter för sina respektive intressegrupper.

Det finns en viktig skillnad mellan Callons och Latours översättningsmodeller; de fokuserar eller lägger vikt vid olika delar av översättningsprocessen. I Latours översättningsmodell är det själva översättningen, dvs omtolkningen som är det viktigaste, medan Callon snarare fokuserar översättarna och hur de blir omtolkade vid översättningen. Callon gör också en större poäng än Latour av att även naturen är översättningsbar.

Översättning ger dock enligt både Latour och Callon utrymme för olika slags tolkningar och bemötanden av en idé och innebär inte en strikt översättningsprocess ”ord för ord”, utan exempelvis att ett abstrakt språk översätts till ett konkret språk och att ord översätts till handlingar. Den innebär också att resultatet av översättningen är svårkontrollerbart. Idéns eventuella effekter beror således bl a på hur idén omtolkas *när* och *där* den översätts.

Idémodellen vilken först och främst använder sig av Latours översättningsmodell, förutsätter därmed att idéer som tas in som

lösningar i organisationer leder till såväl planerade som icke planerade samt önskade och icke önskade förändringar eller till och med inga förändringar alls.

Idémodellens stadier

I Czarniawska och Joerges idémodell sammanförs Latours idéer om översättning med Berger och Luckmanns stadier av institutionaliseringsprocessen. I modellen kan Berger och Luckmanns institutionaliseringsfaser, *objektifiering*, *externalisering* och *internalisering* i princip kännas igen, fast Czarniawska och Joerges använder stadierna för att visa hur en idé blir objektifierad och därigenom kan röra sig från en lokal praktik till en annan och på så sätt resa i tid och rum för att sedan internaliseras i en annan tid/plats. På så sätt kan det påstås att de ”lyfter” Berger och Luckmanns stadier av institutionalisering upp på en övergripande nivå. Översättningarna används i sin tur för att visa de lokala tolkningar som görs under processens gång. Genom att använda översättning parallellt med institutionaliseringsfaserna skapar författarna således ett instrument som gör det möjligt att fånga det lokala, detaljrika och ofta motsägelsefulla samtidigt med det övergripande generella. Samtidigt blir modellen med nödvändighet även tämligen abstrakt.

Det viktigaste med idémodellen är dock att den följer den idé som blir institutionaliserad genom processen istället för den person, organisation eller det fält där institutionaliseringen sker. Genom att följa idén får vi istället möta de personer, organisationer och fält som deltar i översättningen av idén.

Idémodellen definierar de olika stadierna i en idéns resa i tid och rum som följer:

- 1) Löskoppling/lösryckning, när inspiration till idén hämtas från en tid/plats till en annan tid/plats.
- 2) Förpackning, när idén översätts till en prototyp, modell eller kod som kan presenteras vidare i fältet.
- 3) Den resande idén, när idén blir presenterad vidare i fältet.

- 4) Omsättning till handling lokalt, när modellen möter den befintliga praktiken där den tillämpas.
- 5) Till slut sluter sig sanktionens ”svarta låda” om idén och gör den till en för-givet-tagen institution, som i sin tur behöver ryckas loss och bli omtolkningsbar för att den skall kunna resa i tid och rum igen.

Översättningsprocessen samt idéns rörelse i tid och rum pågår kontinuerligt under hela institutionaliseringsprocessen.

Alla stadierna i modellen sker genom översättningsprocesser, vilka kan resultera i nya tolkningar av idén. Dessa översättningsprocesser skapar således variationer i institutioner och kan till och med skapa nya institutioner.

När en idé hämtas från en tid/plats till en annan, möjliggörs den lösryckning (disembedding) som gör att idén kan kopplas från sin ursprungliga tolkning och blir omtolkningsbar (Giddens, 1990). Därmed kan idén översättas till andra idéer och tolkningar. Det är således själva förflyttningen i tid och rum som gör att en idé kan ses från ett nytt perspektiv och upplevas som en *ny* idé. Ett annat sätt att uttrycka samma sak är att institutionens svarta låda öppnas så att dess innehåll kan ändras när den rycks loss ur en praktik där den var för-givet-tagen.

För att den nya idén skall kunna ”resa”, dvs spridas inom och mellan organisationsfält krävs att den översätts till ett objekt som tex text, bilder, modeller eller prototyper. Dessa objekt fungerar som ett slags paket runt idén som gör den mer lätthanterlig, när den skall kommuniceras vidare i organisationsfältet. Objekten reser sedan vidare i paketerad form i organisationsfältet med hjälp av exempelvis publikationer, marknadsföring, konferenser och konsulter.

Enligt Czarniawska och Joerges finns det organisationer och professioner som förefaller vara *idébärare*, dvs de har som huvuduppgift att översätta idéer till objekt och skicka dem vidare i fältet. Idéer översätts således inte till handling i de idébärande organisationerna eller av idébärande professioner utan skickas vidare till andra organisationer, idémottagare, vilka i sin tur översätter dem till handling.

Dessa idébärande organisationer eller professioner hämtar inspiration till legitimerande identiteter och teman av *förhärskande idéer* (master

ideas) vilka innehåller, historiskt sett, återkommande berättelser om vad som anses viktigt och bra för en framgångsrik organisation. Idéer på modet, vilka självfallet varken är lika långlivade eller övergripande som de förhärskande idéerna, kopplas därför gärna till sådana förhärskande idéer både av de idébärande organisationerna och av de organisationer vilka materialiserar idéerna till handling. De idéer som kan kopplas till förhärskande idéer blir därför lättare på modet och antagna av många organisationer.

När objektet sedan möter en ny tid/plats översätts det, så att det passar i den nya tid/plats det kommit till (reembedding).

Till slut översätts så objektet eller den översatta versionen av det till handling lokalt i den nya praktiken. De förändringar som uppstår i en organisation där idéns omsätts i praktiken kan således härledas till flera olika översättningsprocesser av den ursprungliga idéns.

Idémodellen utgår från att aktörer aktivt översätter idéer på modet till att bli lösningar på problem i lokala praktiker. När idéer översätts till handlingar paras idéer och handlingar ihop som ett *resultat av* och inte en *anledning till* översättningsprocessen. Finns inte problemen kan även de skapas, så att de passar en attraktiv lösning. Det faktum att samma idé samtidigt omsätts till handling i flera olika organisationer innebär att idéns institutionaliseras i ett organisationsfält. När idéns har institutionaliserats slutas den svarta lådan om idéns igen och den blir ett självklart handlingsmönster.

Hur sker översättning?

En fråga av stort intresse är hur översättningsprocesserna sker i praktiken och om de skiljer sig åt mellan olika praktiker. Enligt idémodellen och Latours översättningsmodell förefaller alla som rör vid en idé att ha samma möjligheter att påverka eller översätta den. Samtidigt indikerar Czarniawska och Joerges att översättningsprocessen varierar i sin karaktär beroende på i vilken fas av en idéns resa mellan två institutioner översättningen sker. Det skulle således kunna vara olika slags översättningsprocesser som i praktiken rycker loss, paketerar, marknadsför och materialiserar idéns till handling.

Översättningsprocessen är inte heller alltid öppen och kreativ utan kan karakteriseras av social kontroll, konformism och traditionalism enligt Sahlin-Andersson (1996). Ännu mer begränsande för den är enligt Latour (1986) den teknik, maskiner och ting vilka finns där.

Olika idéer lämnar i Røviks (1998) beskrivning olika stort utrymme för omtolkning, eftersom de bär med sig olika detaljerade standarder för hur handlingar skall utföras. Det kan förmodligen förväntas att även olika slags rutiner som finns på plats där dessa nya idéer eller standarder införs, påverkar översättningsprocessen. De idébärande organisationernas översättningsprocesser borde därför vara annorlunda än de som exempelvis äger rum på verkstadsgolvet i en organisation där en idé skall omsättas till handling.

Sammanfattning

Grundtanken i det institutionella perspektivet är att individer är präglade av de institutioner de deltar i. Institutioner utgör en sorts mall för "ett normalt handlande" och är ofta så självklara att ingen reflekterar över dem. Så fungerar tex sättet att hälsa, klä sig eller äta som en institution i ett samhälle. Det accepteras att "så här gör man" i en viss given situation. Institutionen ger på så sätt en mall eller handlingsplan för hur vanemässiga handlingar utförs i form av rutiner. Dessa handlingar antas styras av de normer, värderingar, lagar, traditioner eller vanemässiga tänkande som institutionen legitimeras av.

Redan när organisationsteori blev ett accepterat forskningsområde i början av 1950-talet användes institutionella argument av författare för att förklara organisationers strukturer och beteenden (Simon, 1945/1976; March and Simon, 1958/1993; Cyert and March, 1963/1992). Sedan mitten på 1970-talet har en rad nutida organisationsforskare inom den så kallade nyinstitutionalismen sökt använda och etablera det institutionella perspektivet inom sina respektive gebit.

Genom denna forskning söks bättre förståelse för institutioners roll i organisationer samt för hur dessa organisationer reagerar på utifrån kommande krav. Enligt teorierna försöker organisationer uppnå legitimitet genom att eftersträva överensstämmelse med de institutioner de är

beroende av och/eller vill jämföras med. Förändringar i organisationers strukturer och beteende förklaras således utifrån de rådande institutionella krafterna. Samtidigt antas dessa krafter leda till en viss homogeniserings-effekt då organisationer inom och även mellan olika fält påverkas av samma institutioner.

Den så kallade skandinaviska skolan inom nyinstitutionell teori har utvidgat teorins perspektiv genom att se såväl stabilitet som förändring som en institutionell norm.

I kapitlet har kritik riktats mot den nya institutionella teorin för att den ofta framställt institutionaliseringsprocessen på ett alldeles för förenklat sätt. Institutionaliseringsprocessen är en långsam och motsägelsefull process vilket denna studie avser att fånga genom att följa en idé, idén om kvalitetssäkringar i hälso- och sjukvården i Sverige, såväl över tiden när den sprids i fältet som på plats lokalt i en organisation, där den möter praktikens redan befintliga rutiner.

För att åskådliggöra institutionaliseringprocessens mångfacetterade resultat kommer materialet att presenteras och analyseras med hjälp av idémodellen, vilken gör det möjligt att följa kvalitetssäkringsidén på dess resa i tid och rum samt visa de olika tolkningar som efter hand görs av idén.

Innan materialet kunde redovisas skulle det dock samlas in. Hur jag har gått till väga för att fånga kvalitetssäkringsidéns övergripande rörelse i tid och rum och hur idén blev lokalt översatt i både de idébärande organisationerna och på Universitetssjukhuset i Lund, där den mötte den befintliga praktiken, redovisar jag i nästa kapitel.

KAPITEL 3

STUDIENS GENOMFÖRANDE

Att följa en institutionaliseringsprocess i fältet var ingen lätt uppgift. Hur skulle jag bära mig åt för att hitta en sådan process? Enligt den nyinstitutionella teorin är det ofta idéer på modet vilka cirklar i eller mellan organisationsfält som institutionaliseras genom att de samtidigt används av flera organisationer inom ett fält. Det var därför en sådan idé som jag var intresserad av att följa i min studie. Jag ville ta reda på varifrån en idé på modet kommer och vad det blir av den – kanske en institution?

Nu är det svårt att komma ihåg vad eller vem som inspirerade till valet av kvalitetssäkringsidén som studieobjekt, men i ett samtal med en av mina handledare dök förslaget upp: Är inte kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården en spännande idé (i dubbel bemärkelse)? Övergripande kvalitetssäkring i form av en systematisk modell med extern kontroll var en relativt ny idé inom hälso- och sjukvården vid denna tidpunkt våren 1994, samtidigt som den tilltagande diskussionen om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården gjorde idén till ett modfenomen i fältet. Då jag har en sjukvårdsutbildning bakom mig och har arbetat inom sjukvården klappar mitt hjärta varmt för hälso- och sjukvårdsfältet – inte minst med tanke på den ansträngda situation det befinner sig i och som jag kortfattat belyst i kapitel ett.

Det föreföll därför både spännande och viktigt att studera hur en ny idé som kvalitetssäkring introduceras och används i hälso- och sjukvården. Vi tyckte oss ha hört om kvalitetssäkringsarbete på Universitetssjukhuset i Lund. Den misstanken gick snabbt att verifiera – enligt säkra källor

arbetade man på sjukhuset med att införa kvalitetssäkring av något slag. Vilken kvalitetssäkringsmodell som användes på Universitetssjukhuset i Lund var för mig inte särskilt viktigt. Jag ville följa kvalitetssäkringsidén på dess resa i hälso- och sjukvårdsfältet men också i en praktik där den omvandlas till handling. Universitetssjukhuset i Lund, där kvalitetssäkring *de facto* användes, föreföll därför vara en bra plats att börja studien på.

Att spåra en idé ”baklänges”

Att rent metodologiskt studera en institutionaliseringsprocess har varit en utmaning. Det finns inte några direkta förebilder att gå efter och jag har fått lita till min egen förmåga. För att både studera en idé på plats i en organisation och dess rörelse i fältet över tiden fick jag kombinera flera olika insamlingstekniker. Ett viktigt led i studien var att följa idén in i en organisation som tillämpade den bland annat för att se om och i så fall hur idén mötte de handlingsmönster som redan fanns. Jag tyckte det var viktigt att ta reda på om idén omvandlades till handling i själva produktionen eller, om den som grundantagandet om isomorfism i offentlig förvaltning förutspår, särkopplas från handlingarna på verkstadsgolvet. Dessutom tyckte jag att det var viktigt att uppnå en ökad förståelse för hur synlighet på verkstadsgolvet påverkas av kombinationen av modell, dvs nytt handlingsmönster och det befintliga handlingsmönstret. För att förstå den verksamhet som idéerna är tänkta att materialiseras till handlingar i måste man helt enkelt ha varit på plats, resonerade jag.

Eftersom en viktig del av studien således var att följa kvalitetssäkringsidén ända ut på vårdgolvet, fanns det flera fördelar med att börja studien i en organisation där kvalitetssäkringsidén bevisligen fanns: För att kunna införas i en organisation måste idén ha konkretiserats, tex som en modell eller en metod. Att välja en kvalitetssäkringsmodell som redan användes var således en garanti för att jag skulle kunna se kvalitetssäkringsidén översättas i den vårdande praktiken. Hade jag sökt från andra hållet, dvs efter en kvalitetssäkringsidé som var på planeringsstadiet, hade den kanske aldrig nått ut till den vårdande verksamheten eller så långt senare att den inte kunde följas inom ramen för denna studie. Genom att påbörja studien i den vårdande praktiken fann jag det

troligare att jag faktiskt skulle lyckas spåra kvalitetssäkringsidén baklänges i fältet, än tvärtom.

Därmed fick jag också en modell att följa kvalitetssäkringsidén genom. När studien inleddes visste jag inte vilken kvalitetssäkringsmodell som Universitetssjukhuset i Lund valt att använda. Genom mina första intervjuer i maj 1994 fick jag veta att sjukhuset valt att arbeta med den engelska kvalitetsgranskningsmodellen Organisational Audit. Min första uppgift blev att ta reda på vilken upptakten till kvalitetssäkringsarbetet på Universitetssjukhuset i Lund hade varit, att bekanta mig med Organisational Audit-modellen och implementeringsarbetet.

I detta skede av studien genomfördes intervjuer med nyckelpersoner bland dem som arbetade med införandet av Organisational Audit på Universitetssjukhuset i Lund. För att spåra idén baklänges i fältet frågade jag helt enkelt mina informatorer om de visste var den här idén kom ifrån eller varifrån de fått idén. Svaren ledde mig vidare till Spri och dem som hade varit med och utvärderat modellen där.

Kartläggningen fortsatte sedan genom ytterligare intervjuer på Spri, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet samt genom sekundärmaterial. När studien inleddes 1994 fanns det redan en hel del skrivet om kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården.

Att undersöka hur kvalitetssäkringsidén blev översatt på plats i en organisation, som tillämpade den var dock mitt primära skäl till att kontakta Universitetssjukhuset i Lund. Förutom de inledande intervjuerna, med nyckelpersoner på administrativ nivå, hade jag därför planer på att genomföra direkta observationer ute på verkstadsgolvet, dvs vårdgolvet på sjukhuset. Eftersom jag både ville undersöka hur kvalitetssäkringsmodellen blev översatt till handling i en vårdande praktik, och ta reda på om översättningen påverkades av de befintliga rutinerna på vårdgolvet, föreföll det självklart att studera kvalitetssäkringsarbetet på plats ute på vårdgolvet, dvs så långt ner i organisationen man kunde komma. Det mesta av planeringsarbetet hade redan genomförts och kunde inte följas direkt. Detta fick jag därför studera genom intervjuer och sekundärmaterial. De som var ansvariga för kvalitetssäkringsarbetet intygade däremot att det pågick ett intensivt implementeringsarbete av Organisational Audit eller organisationsgranskningen som den kallades på svenska ute på

sjukhusets avdelningar. Den första externa granskningen var planerad till november 1994 och det gällde därför att genomföra observationerna under hösten, medan förberedelserna inför den externa granskningen pågick ute på avdelningarna. Jag mötte dock oanade problem på min väg till vårdgolvet. Innan vi går in på dessa kan det vara på sin plats att ge en kort presentation av Universitetssjukhuset i Lund, där en betydande del av studien utförts.

Universitetssjukhuset i Lund

För oss som bor i Lund är Universitetssjukhuset i Lund en nästan lika välkänd och hemtam siluett som Lundapågarna (domkyrkans torn). Sjukhuset tronar, likt en modern fästning, uppe på en höjd nästan i nivå med stadens högsta punkt, vattentornet.

Lasarettet i Lund grundades 1768 och på de tvåhundraåttio år som sjukhuset funnits har antalet vårdplatser ökat från två till cirka trettonhundra. Under 1970-talet bildades Lunds sjukvårdsdistrikt genom att primärvården införlivades med Lasarettet. Under 1980-talet byggdes primärvården ut och 1992 övertog kommunerna enligt riksdagsbeslut de lokala sjukhemmen. Under jubileumsåret 1993 när Lasarettet fyllde 225 år ändrades dess namn till *Universitetssjukhuset i Lund*.

Universitetssjukhuset i Lund hade cirka 8400 anställda när studien ägde rum. De största yrkeskategorierna vid sjukhuset är sjuksköterskor, undersköterskor och läkare. Vid sjukhuset bedrivs såväl forskning som utbildning och dess verksamhet inrymmer flera specialiteter vilka utnyttjas på såväl distrikts- som riksnivå. Universitetssjukhuset i Lund är även ett av de största regionssjukhusen i landet.

Problem med tillträde

Jag tog kontakt med Universitetssjukhuset i Lund i maj 1994. En kollega som var insatt i sjukhusets organisation kunde hänvisa mig till *spindeln i nätet* för kvalitetssäkringsarbetet på sjukhuset. Tanken var att hon sedan skulle kunna slussa mig vidare, dels internt på sjukhuset och dels vidare i fältet. Efter intervjun med denna administrativa chef stod det klart att jag

behövde någon på högre nivå för att legitimera min närvaro på sjukhuset. Framför allt var det de planerade observationerna som väckte tveksamhet. Dem kunde hon inte ta på sitt ansvar att legitimera. Andra tveksamheter var ifall Spri som enligt henne ”ägde” kvalitetssäkringspärmen eller materialet tillsammans med sjukhuset ville att jag skulle studera införandet av kvalitetssäkringen. Jag fick därmed lova att förankra min studie på Spri också. På så sätt fick jag även veta att idén kom ifrån Spri och vem jag skulle prata med där.

Däremot erbjöd hon sig att gå i god för mig hos några chefsöverläkare vilka jag kunde intervjua om kvalitetssäkringar. Hon namngav tre chefsöverläkare vilka jag kontaktade för intervjuer samtidigt som jag försökte få kontakt med sjukhusdirektören. Detta var dock mitt i en brytningstid – Ulla Leissner skulle avgå som sjukhusdirektör och Leif Granath skulle börja. Det visade sig vara svårt att få tag på de båda. När jag väl fick tag på Ulla Leissner ville hon inte fatta något beslut i frågan, eftersom hon ansåg att det var Leif Granaths sak att ge mig den behörigheten. Leif Granath fick jag inte tag i och en av hans underlydande som jag pratade med ställde sig mycket tveksam till att jag skulle få tillstånd att genomföra studien så som jag hade planerat.

Jag fortsatte dock mitt arbete och genomförde intervjuerna med de tre chefsöverläkarna. En av dessa fick jag inte intervjuetid med förrän sent i juni. Vid det laget såg det inte ljusst ut när det gällde tillträde till vårdgolvet och jag berättade om mina problem för min informatör. Han blev genast positivt inställd till forskningsprojektet och höll med om att det i allra högsta grad var intressant att ta reda på vad det blir av en kvalitetssäkringsidé, när den möter de befintliga rutinerna ute på avdelningarna. Chefsöverläkaren erbjöd sig att ordna ett tillstånd för mina observationer och sade att han kunde prata med sina kollegor, vilka säkert skulle släppa in mig på sina kliniker.

Min ambition var att observera olika kliniker eller sorts verksamheter för att få något slags jämförelse beträffande arbetssätt i allmänhet och synlighet av kvalitetssäkringen i synnerhet. Chefsöverläkaren föreslog att jag skulle få tillgång till en avdelning på varje klinik på den medicinska och de kirurgiska klinikerna och att jag som tredje verksamhet kanske skulle se på klinisk-kemiska laboratoriet för att få ett annat slags verksamhet än de vårdande att jämföra med. Dessutom kände han

chefsöverläkaren på klinisk-kemiska laboratoriet personligen så vi kunde gå dit med en gång om jag ville och få det hela sanktionerat av honom. Jag hade ingenting att invända mot chefsöverläkarens förslag vilka överensstämde bra med min egen uppfattning om vilka kliniker jag borde studera. Därmed löstes alla mina problem som genom ett trollslag och jag kom ut från mitt besök på sjukhuset med löfte om direkta observationer på tre avdelningar/kliniker.

På så sätt kom mina direkta observationer på Universitetssjukhuset i Lund att genomföras på medicinska, kirurgiska klinikerna samt kliniken för klinisk kemi. Respektive chefsöverläkare legitimerade i sin tur min närvaro gentemot de översköterskor, vars avdelningar jag skulle genomföra observationerna på. På medicinska och kirurgiska klinikerna var det chefsöverläkarna som rekommenderade avdelningar, medan jag på klinisk-kemiska laboratoriet inte behövde välja avdelning utan kunde observera alla deras enheter.

Det är svårt för mig att med någon säkerhet hävda att just dessa tre kliniker utgjorde det absolut bästa urvalet, men jag tror att de ger en bra bild av både omvårdnadsrutinerna som sådana och kvalitetssäkringens synlighet på vårdgolvet. De utgör dessutom ett bra urval av det som brukar kallas för kärnverksamheten, dvs medicin och kirurgi samt ett exempel på en mera teknisk inriktad stödverksamhet – laboratoriet.

En idé blev två

När jag påbörjade min första observation på klinisk-kemiska laboratoriet blev jag informerad av chefsöverläkaren om att kliniken hade ansökt om att bli ackrediterad av SWEDAC. Chefsöverläkaren förklarade att SWEDAC:s ackreditering var avsedd för laboratorier och därför passade deras verksamhet bättre än organisationsgranskningen. Enligt chefsöverläkaren deltog kliniken dock även i organisationsgranskningen som var gemensam för hela sjukhuset.

När jag började observationen var jag därför inställd på att primärt observera arbetet med organisationsgranskningen. Jag såg dock en möjlighet att jämföra, dels organisationsgranskningens översättning i olika

arbetsmiljöer (på en vårdavdelning och på ett laboratorium), dels två olika kvalitetssäkringsmodeller på verkstadsgolvet.

Under observationens gång upptäckte jag att ackrediteringen var mer synlig än organisationsgranskningen på laboratoriet, samt att den föreföll inte vara byggd på samma grundidé som organisationsgranskningen. Detta väckte min nyfikenhet och jag bestämde mig för att även spåra ackrediteringen tillbaka i fältet. På så sätt fick jag ytterligare en kvalitets-säkringsmodell förutom Organisational Audit att bekanta mig med. Detta arbete genomfördes mestadels på samma sätt som för Organisational Audit-modellen, alltså med hjälp av intervjuer av nyckelpersoner och insamlande av sekundärmaterial, eftersom implementeringsprocessen hade påbörjats redan i maj 1993. När det gällde ackrediteringsmodellen genomfördes dock de flesta intervjuerna på klinisknivå istället för på den centrala administrativa nivån som fallet hade varit med Organisational Audit eller organisationsgranskningen. För att spåra idén tillbaka i fältet intervjuade jag nyckelpersoner på SWEDAC samt studerade sekundärmaterial.

Observation som metod och teknik

Jag har använt mig av två slags observationer under studien; för det första observationen som en synonym till fältstudiemetoden, dvs ett sätt att studera fenomen i praktiken där de uppkommit i motsats till att studera fenomen genom experiment. *Observationen som metod* kan bestå av och kombinera flera olika tekniker för insamlande av material.

För det andra *observationen som en sorts teknik*, vilken i sin tur ger utrymme för olika varianter av observationer som direkt eller deltagande observation. Med direkt observation menar jag observationer som görs på plats men utan att observatören deltar i det arbete, de möten eller situationer som observeras. I en deltagande observation deltar observatören och tar på sig en roll som exempelvis ”en i gänget”. Vid en direkt observation är observatören alltid närvarande i sin roll som forskare och de som blir observerade är informerade om observatörens roll (Jämför Burgess, 1984).

Observationen som metod kan betraktas som en kombinerad undersökning av frågeformulär, dokumentanalys, direkt observation och observerande deltagande (Jämför Denzin, 1978). Observationen som metod består således av flera insamlingssätt. Att använda flera insamlingssätt, som tex vid triangulering, har enligt Schatzman och Strauss (1973) den fördelen att forskaren inte lika lätt fastnar i ett enda perspektiv och blir begränsad av det. Det finns således utrymme för kontinuerlig omformulering och omstrukturering av forskningen under processens gång:

The field researcher is a methodological pragmatist. He sees any method of inquiry as a system of strategies and operations designed – at any time – for getting answers to certain questions about events which interest him. (Schatzman och Strauss, 1973, s 7)

För mig har denna flexibilitet varit avgörande. Jag har inte på förhand kunnat bestämma i detalj hur studien skulle planeras, eftersom jag hela tiden tagit nästa steg utifrån den information jag redan hade och de frågor den väckt. Jag fick kontinuerlig information och råd av mina informanter om hur jag kunde skaffa mig mer/bättre information om kvalitets-säkrings- och ackrediteringsidén. I dessa lägen var det viktigt att kunna alternera mellan studier av sekundärmaterial, genomförande av intervjuer samt närvaro på olika symposier eller konferenser.

I denna studie har det med andra ord varit viktigt att kombinera observationens olika insamlingssätt för att uppnå så stor förståelse för de studerade objekten (kvalitetssäkrings- och ackrediteringsidén) som möjligt. Dessutom är olika insamlingssätt enda möjligheten då det exempelvis inte går att ta reda på hur eller var en idé har skapats retrospektivt genom en direkt observation i nuet. Intervjuer och sekundärmaterial blir istället viktiga insamlingstekniker i en sådan situation. Däremot är bästa sättet att undersöka hur handlingar utförs på verkstadsgolvet genom att använda direkt observation som teknik.

Den direkta observationen

De direkta observationerna genomfördes under en period av knappt fyra månader – september till december hösten 1994 på de tre klinikerna:

klinisk-kemiska laboratoriet, medicin och kirurgi på Universitetssjukhuset i Lund.

På den medicinska och kirurgiska kliniken genomfördes de direkta observationerna på en avdelning på varje klinik. Observationsperioden på medicinska kliniken varade i fyra veckor, tre dagar i veckan, och observationen på kirurgiska kliniken i tre veckor, tre dagar i veckan. Mellan observationerna på respektive klinik tog jag en paus på ett par veckor för att bearbeta det material jag redan hade.

På klinisk-kemiska laboratoriet genomfördes direkt observation under i genomsnitt tre dagar i veckan under sex veckor i följd. Alla sektioner på kliniken besöktes och jag deltog i de flesta av deras interna revisioner, vilka var en förberedelse inför deras ansökan om att bli ackrediterade av SWEDAC i januari 1995.

De direkta observationerna gick till på följande sätt: I början på varje observationsperiod blev jag introducerad för personalen, på avdelningen (enheten) i fråga som forskarstuderande från Lunds Universitet. Jag var under observationerna iklädd vit rock utanpå mina egna kläder, med den klassiska blå innerfickan för pennor med namnskylt i bröstfickan. Jag fick tillåtelse att röra mig fritt på alla tre klinikerna förutsatt att jag inte störde arbetet.

På medicinkliniken och kirurgiska kliniken ”skuggade” jag såväl pärmar som personal samt gjorde allmänna observationer. Dessutom tog jag under observationernas gång del av skriftligt material, samtalande med personalen och var närvarande vid möten av olika slag. Mina observationer skrev jag ner i en liten anteckningsbok (mycket liten för att inte väcka uppmärksamhet) som jag bar med mig i fickan. Jag förde sedan kontinuerligt in mina anteckningar med utförligare kommentarer i dagboksform på datorn.

På klinisk-kemiska laboratoriet tilldelades jag en passerbricka som gjorde det möjligt för mig att komma och gå som jag ville trots deras låsta dörrar. Observationernas genomförande var i princip detsamma som på medicinen och kirurgen, förutom att jag på klinisk-kemiska laboratoriet observerade arbetet vid olika arbetsstationer och arbetsprocesser mer än enskilda individer.

Jag har upplevt min förståelse för vårdmiljön som en tillgång vid genomförandet av de direkta observationerna. Tack vare den har jag haft något lättare att orientera mig i lokalerna, ”falla in” i miljön och förstå den kommunikation och de handlingar som ägde rum, än jag kanske annars hade haft. Förmågan att falla in i miljön kan även ha bidragit till att jag aldrig möttes av misstänksamhet varken av personalen eller patienterna. Endast en gång undrade en patient vem jag var dock utan att på något sätt reagera negativt på min närvaro. Inom vården är det mycket vanligt att olika slags ”extra” människor som exempelvis läkarkandidater, undersköterske- och sjuksköterskeelever, kuratorer, fysioterapeuter och sjukgymnaster rör sig på avdelningarna. Den vita rocken med den blåa bröstfickan utgjorde naturligtvis en stark legitimeringsfaktor. Dessutom var jag noga med att tala om för dem som jag observerade och skuggade att jag inte hade som avsikt att utvärdera deras arbete på något sätt.

Eftersom det är många år sedan jag arbetade inom sjukvården har jag, min erfarenhet av sjukvårdsarbete till trots, sett vårdsituationen med en företagsekonoms/organisationsteoretikers ögon.

Direkt observation genom skuggning

Under den direkta observationen på laboratoriet kunde jag gå runt eller stå still i samma rum hela dagar och ändå skapa mig en uppfattning om hur arbetet löpte på och mellan de olika arbetsstationerna, eftersom de flesta arbetsmomenten utfördes vid någon av analysapparaterna eller därtill hörande dataskärmar.

På vårdavdelningarna var det däremot inte lika lätt att stå inne på en och samma vårdsal och iaktta arbetet, då varje anställd endast utför en del av sitt arbete inne på salarna, och det dessutom kan vara rätt stor skillnad i arbetsbelastning mellan de olika salarna. Jag valde därför att skugga olika personer under hela eller halva dagar. Johansson (1998) beskriver skuggandets fördelar som följer: Det ger;

- en upplevelse av och insyn i personens arbete och arbetsuppgifter
- tillfällen till spontana frågor
- möjlighet att skapa personlig kontakt med den som skuggas

- en fördjupad respekt för de skuggade personernas arbetssituation
- hjälp vid analysen av annat material från observationen (textförståelse eller annat material)

Eftersom vårdarbetet först och främst bedrivs av sjuksköterskor och undersköterskor var det dem jag skuggade i deras arbete. Jag frågade helt enkelt vid kaffebordet om det fanns någon som skulle arbeta dagen därpå som jag kunde få skugga. Avdelningarna var uppdelade i två korridorshalvor vilka hade sina egna arbetslag. För att få en helhetsuppfattning av arbetet på avdelningarna såg jag därför till att jag fick följa personalen på båda sidor av korridoren över observationsperioden. Dessutom skuggade jag patientpärmarna emedan de spelade en så pass viktig roll i alla personalkategoriernas arbetsrutiner.

Däremot skuggade jag inte någon läkare under observationen. Läkarna deltog inte i omvårdnaden i någon större utsträckning och de fanns inte på avdelningen hela tiden. De kom och gick under dagen, oftast var de närvarande en stund på förmiddagen och sedan igen en stund på eftermiddagen. Det mesta av läkarnas sysslor när de var på avdelningen var dock mycket synliga, då de genomfördes antingen i receptionen eller vid rondan. På förmiddagen var deras sysslor mestadels kopplade till rondan. Antingen i form av förberedelser inför rondan eller efteråt för att genomföra beslut och ordinationer som fastställts under rondan. På eftermiddagen hade de ibland mottagning inne på mottagningsrummet där de undersökte patienter. Jag såg dock denna situation som för privat för att jag skulle vilja vara närvarande.

Läkarnas aktiviteter i receptionen blev jag varse eftersom jag genomförde en hel del av min observation just i receptionen. Läkarnas arbete där handlade först och främst om att läsa in sig på patienterna genom att titta igenom deras pärmar. Uppgifter om varje nyinskriven patient lämnades över till läkarna så att dessa kunde informera sig om patientens tillstånd och vidta åtgärder som att skriva remisser av olika slag. Oftast var det sjuksköterskorna som skrev remisserna, men läkarna signerade dem innan de kunde skickas iväg. De bestämde också vilka prover som skulle tas och vilka analyser som skulle beställas. En hel del av läkarnas arbete var rent pappersarbete som innebar att de tog ett papper ur en av korgarna, signerade eller avhandlade det på något sätt

och lade tillbaka det i en annan korg. Såväl inskrivning som utskrivning av patienter var naturligtvis en viktig del av läkarnas arbete.

Några erfarenheter av observation som teknik

Direkt observation är en mycket arbetsintensiv teknik. Dels för att mängden data och dess detaljrikedom blir mycket stor, dels för att det är en påfrestande situation i sig själv. Att stå rakt upp och ner och iakttä människor eller skugga dem i deras arbete kräver uthållighet. Forskaren är i denna situation i främmande miljö och saknar reträttplats utan eget arbetsrum eller skrivbord att komma till. Dessutom är det krävande att hålla koncentrationen uppe åtta timmar om dagen.

Fördelarna är dock många och framför allt kan vissa saker endast studeras genom direkt observation – vad gör de egentligen och hur gör de det? Oftast beskrivs observationstekniken utifrån antropologers, etnologers och sociologers perspektiv och de tidsperspektiv de brukar ha i sina studier (Se Van Maanen, 1988). Jag anser att vi som är företags-ekonomer och organisationsteoretiker kan tillämpa denna metod och/eller teknik genom kortare observationsperioder än tex antropologer. Anledningen härtill är att vi sällan har avsikten att ”go native”, dvs förstå dem vi studerar helt och hållet. Direkt observation kan tvärtom vara ett mycket bra sätt att komma praktiken nära men att samtidigt behålla ett ”utifrånperspektiv”. Direkta observationer kan också vara ett sätt för forskaren att svara på mycket konkreta frågeställningar som hur ser arbetsrutinerna ut på vårdgolvet och syns kvalitetssäkringen i praktiken? Det är således inte alltid nödvändigt för en organisationsteoretiker med företagsekonomisk bakgrund att förstå och uppfatta *alla* de underliggande formella och informella strukturer som finns i den observerade praktiken. Vi kan känna att vi uppnått vårt syfte när vi har svar på de frågor vi ställde innan observationen. En spännande aspekt av direkta observationer är dock att den mångfacetterade praktiken kan visa sig vara helt annan än den vi trodde och därmed leda till nya frågor och problemställningar.

En intressant aspekt i detta sammanhang är hur en forskare skall redovisa observationsmaterial med ”negativt resultat”. Med negativt resultat menar jag avsaknad av det som skulle observeras som i detta fall

kvalitetssäkringen. Skall observationerna trots detta redovisas? Min egen slutsats är att det bör de. Av flera anledningar: Först och främst är det ett sätt att visa för läsaren att alla tänkbara situationer där kvalitetssäkring borde ha syns har observerats. Sedan kan observationerna i sig själva ge svar på varför det förväntade resultatet uteblev och på så sätt underlätta analysen – att fältmaterialet redovisas över huvudtaget är för att läsaren skall kunna bilda sig en uppfattning om huruvida den analys som görs är rimlig eller ej. Läsaren bör därför även i dessa fall få möjlighet att se materialet.

Insamling av material

Insamlandet av fältmaterial i studien kan beskrivas i tre faser enligt följande: Fas ett bestod av de direkta observationerna på de tre klinikerna, intervjuer med nyckelpersoner på Universitetssjukhuset i Lund, på Spri, Socialstyrelsen och IHE samt inläsande av en del sekundärmaterial. I fas två läste jag in en hel del sekundärmaterial och intervjuade nyckelpersoner på IHE, Spri, Socialstyrelsen samt SWEDAC. I denna fas följde jag även introduktionen av den nya och ändrade Hälso- och Sjukvårds Lagen (HSL). I fas tre återkom jag till sjukhuset efter sammanställningen av det material, som jag hade samlat in under fas ett och två och ställde en del följdfrågor samt tog reda på hur det hade gått sedan. I detta sammanhang återvände jag till samma nyckelpersoner och genomförde nya intervjuer samt samlade på mig diverse sekundärmaterial. Bland annat fick jag låna flera pärmar vilka innehöll spindelns i nätet dokumentation av allt som hade haft med kvalitetsarbete på sjukhuset att göra. Mina senaste kontakter med Universitetssjukhuset var under hösten 1998, då jag telefonledes redde ut ett par frågetecken med en av läkarna och en av de kvalitetsansvariga laboratorieassistenterna på klinisk-kemiska laboratoriet. Utöver ovanstående har jag närvarat på mässan ”kvalitet i kommuner och landsting” höstarna 1995 och 1997.

Själva studien har pågått 1994-1998. Den följer kvalitetssäkringsidén under perioden 1985-1998 och ackrediteringsidén 1989-1998.

Bearbetningen av materialet

Observationerna skrev jag in på datorn veckovis under observationernas gång för att sedan bearbeta dem stegvis. Först genom att brodera ut texten då jag fyllde på alla detaljer jag kunde komma ihåg men som tidigare inte hade kommit med. Därpå genom att försöka hitta teman i materialet som exempelvis vådrutiner, receptionen, kommunikation, kvalitetssäkringspärmen osv. Efter hand har jag skrivit berättelser grundade på en sammanvägning av olika representativa klipp ur observationerna. Jag har inte undanhållit eller ändrat något från observationerna – tvärtom har jag velat återge en så fullständig bild som möjligt av den praktik jag observerade.

De 30 intervjuerna (Se appendix) genomfördes i form av samtal och varade i genomsnitt 1.5 timmar. De flesta av intervjuerna har jag bandat och skrivit ut ordagrant. Vid de resterande fyra intervjuerna förde jag anteckningar vilka sedan skrevs mer utförligt in på datorn. Några av informatörerna har jag kontaktat ytterligare i form av mer informella samtal, antingen personligen eller per telefon. Utskrifterna och anteckningarna från alla dessa intervjuer och samtal har jag sedan läst och bearbetat, bland annat genom att understryka utmärkande och representativa citat. Jag har återkommit till intervjumaterialet flera gånger under avhandlingsarbetets gång.

De personer jag intervjuat är personer som jag blivit hänvisad till av antingen andra informatörer eller kollegor som haft kännedom om området. De flesta jag har intervjuat är dock tämligen självskrivna som informatörer, eftersom de haft olika nyckelfunktioner i berättelserna om kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén.

Det sekundärmaterial som samlats in kontinuerligt under studiens gång har lästs och jämförts samt arkiverats i kronologisk ordning.

Till slut har jag skrivit de två berättelserna som en sammanvägning av det material jag samlat in.

Tillförlitlighet

Jag har valt att belysa ett huvudstråk i varje berättelse – en historia av många som skulle kunna berättas. Som forskare väljer vi alltid bort mängder av andra möjliga historier från fältet när vi berättar en.

Huvudstråket i berättelsen om kvalitetssäkringsidén är den linje som skapades i tid och rum mellan den modell jag studerade på Universitetssjukhuset i Lund och den idé som startade hela processen hos Spri. Hade jag följt en annan modell från början, som tex QUL, hade jag förmodligen fått ett annat huvudstråk i min berättelse och den hade till delar blivit en annan.

Att organisationsgranskningen var den modell som Nationella Samrådsgruppen lät utvärdera som en potentiell nationell modell, gör i mitt tycke ”mitt” stråk till ett särskilt intressant sådant – det sammanfaller med kvalitetssäkringsidéns historia inom hälso- och sjukvården, även om det naturligtvis inte berättar hela historien.

Ackrediteringsidén har i vissa delar haft ett klarare huvudstråk än kvalitetssäkringsidén, då den bara representeras av en enda modell. I båda berättelserna är det dock jag som har valt och vrakat bland hundratals sidor av intervju- och observationsprotokoll samt sekundärmaterial. De två historierna eller berättelserna är helt enkelt mina konstruktioner. De är dock konstruerade utifrån det material jag hämtat från fältet. Jag tror därför att många i de studerade fälten kommer att känna igen sig i berättelserna i kapitel fyra och fem, där kvalitetssäkringsidéns respektive ackrediteringsidéns resa i fältet beskrivs.

Huruvida den historia som berättas kan anses representativ eller belysande för det den avser att beskriva kan bland annat de nyckelpersoner i historien som intervjuats bedömas. Ett sätt att öka tillförlitligheten är därför att återföra materialet till fältet. Detta har jag gjort genom att skicka det manus som var underlag för slutseminarium till alla som intervjuats samt till de kliniker och avdelningar där observationerna genomfördes. Med manuset följde ett brev där mottagaren blev ombedd att läsa och kommentera manuset samt inkomma med eventuella kommentarer före ett visst datum. Dessa utskick resulterade i en hel del positiva kommentarer rörande berättelserna samt en del korrigeringar på detaljnivå. Detta skulle kunna tolkas som att min uppfattning om de två

huvudstråken inte strider mot fältets – det är fältets berättelse som jag försökt återskapa.

Avgränsningar

Den här studien avser inte att täcka eller förklara alla metoder eller handlingar som utförs i olika praktiker inom hälso- och sjukvården i kvalitetssäkringars och ackrediteringars namn. Däremot är studien tänkt att ge åtminstone en sammanhängande berättelse om hur kvalitets-säkringsidén respektive ackrediteringsidén har tolkats från det att de dök upp, tills de kan anses vara institutionaliserade, alltså en självklarhet för verksamheter inom hälso- och sjukvården. Jag har inte inkluderat lokala politiker eller administratörer hos Landstingsförbundet i studien dels för att det inte var någon som i egentligen pekade på dem som viktiga aktörer i sammanhanget – idéerna ansågs komma från Spri respektive Sahlgrenska och SWEDAC – dels för att jag var helt enkelt tvungen att begränsa antalet intervjuer med tanke på hur arbetsamt det är att bearbeta ett detaljutskrivet material.

Fältstudiens presentation

Som jag har visat ovan har jag först sparat idén om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården och därpå idén om ackreditering av laboratorier tillbaka i fältet. Vidare har jag genomfört observationer av hur organisationsgranskningsmodellen och ackrediteringsmodellen mötte verkstadsgolvet samt följt idéerna i fältet igen fram till omkring 1998. Studien har därmed inte följt idéerna strikt kronologiskt utan rört sig mellan olika praktiker och tider fram och tillbaka i olika omgångar och perioder.

Jag har ändå valt att presentera materialet som två kronologiskt ordnade berättelser av kvalitetssäkringsidén respektive ackrediteringsidén. Att jag ser dem som två idéer kommer läsaren att förstå, när vi i kapitel fyra och fem följer dem på deras resor. Så långt jag har kunnat följa dem, förefaller de ha olika ursprung och bära på separabla normer och värderingar. De har tillhört var sin sfär från början.

Samtidigt är både ackrediteringsmodellen och organisationsgranskningen kvalitetssäkringar och på så sätt två varianter av samma fenomen eller idé. Två idéer som ingår i en större är ett sätt att förklara ackrediteringens och kvalitetssäkringens relation inbördes och till den övergripande idén om kvalitetssäkring. I avhandlingen kommer kvalitets-säkring att användas i två betydelser, som kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård och i den mera övergripande betydelsen kvalitetssäkringar i allmänhet. Det framgår dock tydligt utifrån sammanhanget i vilken betydelse kvalitetssäkring används på olika ställen i texten.

Som redan nämnts kommer materialet från fältstudien att presenteras i kapitel fyra och fem. Läsaren får i dessa kapitel följa de två idéerna från det att de dyker upp både i sina olika och gemensamma fält i mitten på 1980-talet, och hur de reser i fältet samt introduceras på Universitets-sjukhuset i Lund. Idéerna följs också ut på vård- respektive laboratorie-golvet via de direkta observationerna.

Sistnämnda har fått ett stort utrymme i texten, vilket beror på att de är avsedda att återge ett exempel på hur idéerna möter en plats under institutionaliseringsprocessen. Detta får till följd att ”tiden rör sig mer sakta” och att platsen och händelserna blir viktigare och kan beskrivas i detalj. I de andra delarna av kapitlet är tidsdimensionen den dominerande och vi kan följa idéns rörelse i fältet över tiden. Efter observationerna följs idéerna i fältet igen fram till hösten 1998.

Kvalitetssäkringsidén presenteras först av de två idéerna, dvs i kapitel fyra, trots att de direkta observationerna genomfördes i en annan ordning. Eftersom kvalitetssäkringsidén är den idé jag började studera samt är den längre berättelsen av de två, kändes det mer naturligt att presentera den först.

KAPITEL 4

KVALITETSSÄKRINGSIDÉN FRÅN IDÉ TILL LAG

För att läsaren skall kunna följa med på kvalitetssäkringsidéns resa, kartläggs inledningsvis hur organisationer som Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen har formulerat och introducerat idén om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården. Därefter beskrivs hur den engelska Organisational Audit-modellen (organisationsgranskning på svenska) blev utvärderad mellan 1991 och 1995 av Universitetssjukhuset i Lund för Socialstyrelsens räkning som en potentiell nationell kvalitetssäkringsmodell. För att se hur organisationsgranskningen mötte de befintliga rutinerna i omvårdnadsarbetet, får läsaren följa mig ut på vårdgolvet där kvalitetssäkringsidén skulle omvandlas till handling. Avslutningsvis beskrivs hur kvalitetssäkringsidén blev översatt till att vara en del av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) from januari 1997, samt Socialstyrelsens fortsatta sökande efter en nationell modell.

Bland idébärarna

Idén om kvalitetssäkring dyker upp

Diskussionen om kvalitetssäkringar i hälso- och sjukvården började i mitten på 1980-talet, när en grupp anställda på Spri började intressera sig

för idén. Bakgrunden var den att ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) i en rapport till regeringen ”Produktions- Kostnads- och Produktivitetsutveckling inom Offentligt bedriven Hälso- och Sjukvård 1960-1980” hade påvisat att produktiviteten inom hälso- och sjukvården som sämst kan anses ha sjunkit med 3% under tjuugoårsperioden 1960-1980 (Rapporten ger några olika alternativ på uträkningar.).

Rapporten skrevs som en del av ett större projekt, ”Studier kring den offentliga tjänsteproduktionen”, som ESO hade fått till uppgift av regeringen att genomföra. Det grundläggande syftet med projektet var att hitta sätt att redovisa den offentliga förvaltningens verksamhet på, på samma sätt som den privata i nationalräkenskaperna. Dittills hade den offentliga förvaltningen blivit betraktad som en konsument av resurser – dess kostnader var desamma som dess intäkter. Därigenom hade det inte varit möjligt att jämföra den offentliga förvaltningen med den privata näringslivet beträffande tex effektivitet och produktivitet.

I rapporten tog därför författarna fram nyckeltal, så att den offentliga sjukvårdens produktivitet och effektivitet kunde beräknas för perioden 1960-1980. För att reda ut den inbördes relationen mellan begreppen *effektivitet* och *produktivitet* ges i rapporten följande definitioner: Effektivitet är att *rätt saker görs* och produktivitet är att *saker görs på rätt sätt* (Ds Fi 1985:3 s III).

Efter ESO-rapporterna i mitten på 1980-talet sköljde en våg över den offentliga verksamheten, varvid mått och mätbarhet tillsammans med begrepp som just effektivitet, produktivitet, kvalitet och kontroll blev viktiga och ställdes i centrum (Czarniawska, 1988; Corvellec, 1995). ESO-rapporternas krav på att mäta den offentliga förvaltningens effektivitet, produktivitet och sedan dessa två i relation till kvaliteten introducerade ett nytt sätt att värdera och redovisa den offentliga förvaltningen på. Rapporten om ”Produktions- Kostnads- och Produktivitetsutveckling inom Offentligt bedriven Hälso- och Sjukvård 1960-1980” väckte därför starka reaktioner bland dem som arbetade inom vården och fick utstå en del kritik, bland annat för att den inte tog hänsyn till den kvalitetsförbättring som skett inom vården den aktuella perioden.

För att komplettera sina bedömningar gav ESO därför i uppdrag åt Spri att ta fram ett underlag för hur kvaliteten hade utvecklats under perioden 1960-1980:

”Det vi gjorde då på Spri det var att för det första konstaterade vi att det gick inte att överhuvudtaget beskriva kvalitetsutvecklingen inom den här perioden, därför att man hade inte den typen av mått och mätmetoder. Det fanns inga data helt enkelt som man kunde använda sig av.” (En av initiativtagarna till kvalitetssäkringsarbetet på Spri)

ESO ville ha ett mått på kvaliteten för att visa att de kvalitetsförbättringar som skett under den aktuella tiden inte var stora nog att förklara hela den framräknade minskningen i produktivitet. De som arbetade ute i vården var däremot intresserade av att påvisa det motsatta, dvs att den minskade produktiviteten kunde skyllas på den kvalitetsförbättring som skett inom hälso- och sjukvården under perioden 1960-1980. Därför pågick även bland dem diskussioner om hur vårdkvaliteten skulle kunna mätas, så att den blev rättvist bedömd. På Spri fanns det därmed två (motstridiga) skäl till att skaffa fram mått och mätmetoder för kvalitet inom vården: ESO efterlyste sådana mått och mätmetoder och de som arbetade inom vården behövde dem för att påvisa den kvalitetsökning som skett inom vården mellan 1960 och 1980. Spri:s uppgift var nu att hitta en modell eller metod för att mäta kvalitet inom den svenska sjukvården.

Spri stod inför ett komplext problem utan självklar lösning, när en av deras medarbetare fick idén att just kvalitetssäkringar skulle kunna vara en lösning på problemet att mäta kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Inspirationen fick hon på en föreläsning:

”Jag satt på en föreläsning av professorn XX som föreläste om hur företag inom den privata sektorn arbetade med kvalitetssäkringar och kvalitetscirklar för att öka produktionen och framför allt både öka kvaliteten och få den vidimerad – då tänkte jag att detta är ju precis det vi borde hålla på med inom sjukvården!”

Professorns beskrivning av kvalitetssäkringar som ett sätt att få kvaliteten vidimerad var i detta sammanhang viktig, eftersom det var just vad de som arbetade inom vården efterlyste, samtidigt som kvalitetssäkring enligt den föreläsande professorn kunde öka produktiviteten – vilket var vad ESO ville. Kvalitetssäkring skulle med andra ord både lösa problemet att mäta och att vidimera kvaliteten i hälso- och sjukvården samt åtgärda den försämrade produktiviteten:

”Så det var liksom det som var startpunkten för ett mera systematiskt angreppssätt från Spri:s sida att försöka hitta mått och mätmetoder och möjligheter att beskriva hälso- och sjukvården ur kvalitetssynpunkt.” (Ibid)

Det var en liten informell grupp som i början engagerade sig i arbetet med kvalitetssäkringar på Spri. Den gick under namnet ”kvalitetsgerillan”, då dess arbete inte var helt sanktionerat av de dåvarande cheferna.

En idé – tre traditioner

Under de första åren, mellan 1985 och 1989, var det inte särskilt lätt att driva idén om kvalitetssäkringar inom hälso- och sjukvården i Sverige, eftersom den inte alls låg i tiden. Inspiration till sitt arbete hämtade *kvalitetsgerillan* till att börja med från det privata näringslivet, i vilket den gjorde flera studiebesök för att se hur olika företag arbetade med kvalitetssäkringar och kvalitetsstyrning. ISO-9000-serien, TQM och andra sätt att organisera eller styra tillverkningsprocessen genom kvalitetssäkringar och kvalitetsstyrning, blev mot slutet på 1980-talet allt mer vanliga inom det privata näringslivet, där de användes som en kvalitetsstämpel för kunder och andra intressenter.

För Spri fanns dock inspiration att hämta från en annan kvalitets-säkringstradition, som låg betydligt närmare sjukvårdsverksamheten än det privata näringslivet. Internationellt sätt var nämligen kvalitetssäkringar inte alls något nytt begrepp inom hälso- och sjukvården. I USA införde ”American College of Surgeons” ett system för att godkänna kirurgiska avdelningar redan 1918. Detta arbete vidareutvecklades och i början på 1950-talet grundades ”Joint Commission on Accreditation of Hospitals”. I USA är ackreditering ett av två möjliga sätt (Det andra sättet är att genomgå en statlig granskning.) att uppfylla de krav som ställs för berättigande till ersättning från sjukförsäkringssystemen Medicare och Medicaid (Sprirapport 328, 1992). Denna ursprungligen amerikanska idé har sedan utgjort grundidén för kvalitetssäkringar både i Kanada och Australien, som i sin tur har stått som förebilder för andra länders kvalitetssäkringsmodeller. Kvalitetssäkringar beskrivs i detta sammanhang oftast som en process enligt följande steg:

- 1) Problemidentifiering
- 2) Fastställande av kriterier och standarder
- 3) Studie (mätning) av faktisk kvalitet
- 4) Värdering av mätresultat/kvalitet samt analys av orsaker till ev kvalitetsbrister
- 5) Genomförande av åtgärder för att förbättra kvaliteten
- 6) Uppföljning av åtgärdernas effekter genom ny studie (Se Sprirapport 230, 1987, s 24)

Efter punkt sex återupprepas processen från punkt tre så att en kontinuerlig utvärdering och förbättring äger rum. Även om det fanns flera utformningar av de kvalitetssäkringar som redan användes inom hälso- och sjukvården utomlands vid denna tidpunkt, så kan de generellt sägas ha varit uppbyggda runt denna *basmodell*. Denna amerikanska kvalitetssäkringstradition inom hälso- och sjukvården har dock mer gemensamt med hur kvalitetsaspekter behandlas i service management (Jämför Lindquist och Persson, 1997) än de tekniskt inriktade kvalitetssäkringar som används inom tillverkningsindustrin.

I Sverige har det inte funnits kvalitetssäkring av något av de ovannämnda slagen inom hälso- och sjukvården före 1985. Däremot har det länge funnits andra väl utvecklade rutiner för att upprätthålla en god standard inom vården. Förutom Hälso- och sjukvårdslagen har åtskilliga andra instanser haft tillsynsfunktion. Som exempel kan Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, landstingen samt patientförsäkringar nämnas. Dessutom har en del av kontrollen skett genom de utbildnings- och legitimeringskrav som finns för olika personalkategorier inom sjukvården. Dessa kontrollsystem har dock inte varit i form av exakta standarder som skall uppfyllas utan mer fungerat som allmänna rekommendationer.

I HSL fanns det inte heller några exakta krav på hur kvalitetsarbete skulle bedrivas per se inom vården före första januari 1997, dvs när den förändrade HSL trädde i kraft. I den äldre versionen av HSL stod ordet kvalitet endast i inledningen, i de så kallade portalparagraferna § 2 a:

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet (min understrykning) och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lättillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.
(Widman, 1993 s 16)

Det ansågs helt enkelt självklart att anställda inom hälso- och sjukvården gjorde sitt bästa vid varje givet tillfälle utifrån de förutsättningar som fanns. Det fanns en föreställning om att kvalitet på något sätt var inbyggd i vårdprocessen. Detta synsätt, att kvalitet var en självklarhet inom den svenska sjukvården, återkom i många intervjuer:

”Vi har egentligen alltid sysslat med kvalitet i den svenska sjukvården – vi har bara inte systematiserat den.” (En av de administrativt ansvariga för kvalitetssäkringen på Universitets-sjukhuset i Lund)

I Sverige var det således tre olika kvalitetssäkringstraditioner som möttes inom hälso- och sjukvården. De kvalitetssäkringar som användes inom det privata näringslivet, de kvalitetssäkringar som fanns inom hälso- och sjukvården i andra länder och det befintliga system av regler, lagar och förordningar mm som redan användes i Sverige före 1985. Två av dessa sätt att kvalitetssäkra innebär systematiskt kvalitetssäkringsarbete och granskning utifrån, vilket kan sägas vara huvudtemat i kvalitets-säkringsidén. Dessa två från början olika granskningssystem, som representerades av kvalitetssäkring från det privata näringslivet å ena sidan och från hälso- och sjukvården utomlands å andra sidan, kom att blandas i den svenska tappningen av kvalitetssäkringsidén. Denna kluvenhet kom att återspeglas i Spri:s, Landstingsförbundets och Socialstyrelsens sätt att definiera och presentera kvalitetssäkringsidén.

Från idé till strategi och modell

Sina första tolkningar av kvalitetssäkringsidén publicerade Spri i rapport 230 (1987): ”Kvalitetssäkring – att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet”. Denna skrevs i samarbete med ESO. I förordet konstateras att ”vi saknar enkla och tillförlitliga metoder att mäta sjukvårdens kvalitet och effektivitet”. Rapporten ser *kvalitetssäkringar* som ett sätt att *mäta* och *värdera* samt vid behov *förbättra* kvaliteten:

”Kvalitet är enligt denna terminologi ett uttryck för i vilken utsträckning det som görs (vården) är i överensstämmelse med fastställda kriterier och standards.” (Ibid, s 16).

I rapporten diskuteras även förhållandet mellan begrepp som resurser, effektivitet, produktivitet och kvalitet. I detta sammanhang definieras *effektivitet* som ”förhållandet mellan uppnådda effekter (resultat, grad av måluppfyllelse) och resursinsats (uppoffring, kostnad)” (Spirapport 230, 1987, s 17). Vidare påpekas vikten av att ha *effektivitetsmått* eller *resultatmått* och att ”effektiviteten måste alltid bedömas mot bakgrund av målet för verksamheten” (Ibid).

Spirapport 230 gav Spri:s ”kvalitetsgerilla” legitimitet och arbetsgruppen blev därefter formellt accepterad under namnet KIVEX (Spri:s expertgrupp för kvalitetssäkring inom vården). Efter Spirapport 230 ökade samarbetet mellan Socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet för kvalitetssäkringar. I samband med Socialstyrelsens och Landstingsförbundets försök att värva sakkunnig personal från Spri 1989, kom de tre organisationerna överens om att samutnyttja personalresurserna, och *Nationella Samrådsgruppen* för kvalitetssäkerhet inom hälso- och sjukvård inrättades. Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen fick på så sätt ett organ för att samordna varandras åtgärder och ge samstämmiga signaler till hälso- och sjukvården. Bland de mål gruppen ville uppnå var att skapa en *gemensam syn* på kvalitetssäkringsarbetet inom sjukvården i Sverige. Denna gemensamma syn publicerades i Spri-rapporten ”Kvalitetssäkring i svensk sjukvård – förslag till nationell strategi”. I inledningen till rapporten, som vänder sig till både läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal som administratörer och politiker, står:

Spri ser detta dokument som startpunkten för ett intensifierat – men långsiktigt och ständigt pågående – utvecklingsarbete med sikte på att nå fram till allt bättre metoder och arbetsformer för kvalitetssäkring inom sjukvården. (Spirapport 287, 1990 förordet)

Eftersom den här rapporten, trots sina få sidor, kan ses som en manifestation av den Nationella Samrådsgruppens inställning till och avsikt med kvalitetssäkringar inom svensk hälso- och sjukvård, finns det all anledning att dröja kvar vid dess innehåll.

I rapporten står Nationella Samrådsgruppens argument för kvalitets-säkring, den nationella Samrådsgruppens inbördes arbetsfördelning vad gäller kvalitetssäkringar samt formulering av en nationell strategi.

Huvudargumentet för att kvalitetssäkra uppges vara sjukvårdens så kallade kostnadskris och de effekter den förväntas leda till. Resone-mangen är att fortsatta *kostnadsbesparingar* inom den svenska sjukvården kommer att bli nödvändiga de närmaste decennierna. I ljuset av detta anses det viktigt att slå vakt om vårdkvaliteten, bland annat med hjälp av en *nationell kvalitetssäkring*. Även WHO:s (Världshälsoorganisationens) strategiska mål: ”By 1990, all Member States should have built effective mechanisms for ensuring quality of patient care within their health care systems” nämns som en anledning att ägna uppmärksamhet åt sjuk-vårdens kvalitet. Sammantaget ger Nationella Samrådsgruppen följande skäl till att använda kvalitetssäkringar i den svenska sjukvården:

- Avsaknaden av metoder och mått för konsekvent uppföljning av vårdkvaliteten.
- Världshälsoorganisationens mål om kvalitetssäkringar.
- Kostnadskrisen och dess förväntade effekter på vårdkvaliteten.
- Att kvalitetssäkringar faktiskt kan användas till att förbättra kvaliteten inom sjukvården.

Nationella Samrådsgruppens inbördes arbetsfördelning för att driva igenom förslaget var att *Socialstyrelsen* skulle ha det övergripande ansvaret för kvalitetssäkringen av svensk sjukvård. *Landstingsförbundet* skulle verka för att kvalitetssäkringsarbetet förankrades hos sjukvårdshuvudmännen och den politiska ledningen. *Spri:s* uppgift var att utveckla metoder och modeller för kvalitetssäkringar ”ur olika aspekter och perspektiv”. *Socialstyrelsen* och *Spri* hade en gemensam uppgift som bestod i att sprida information och förmedla kunskap om kvalitetssäkring i vården.

Den nationella strategin presenteras till slut i tio punkter i vilka Nationella Samrådsgruppen ger en mångfacetterad och delvis motsägelsefull tolkning av kvalitetssäkringsidén. De befintliga systemen, som tex olika utbildnings- och tillsynsorgan, kallas för de ”nuvarande systemen för kvalitetssäkring” och anses viktiga i sammanhanget, men de måste

enligt författarna samordnas och kompletteras med en mera kontinuerlig kvalitetsuppföljning. Denna skulle vara förankrad på ledningsnivå men ha tyngdpunkt på lokal nivå, där alla olika kvalitetsaspekter skulle *dokumenteras*, så att de kunde följas upp. Vidare skulle mått och indikatorer på basnivå redovisas samtidigt som utveckling av rikstäckande enhetliga mått och mätmetoder förordades. Begreppet kvalitet delas upp i rent medicinsk kvalitet, omvårdnadskvalitet och service, tillgänglighet och patienttillfredställelse samtidigt som vikten av att ta fram *en enhetlig modell* poängteras.

Behovet av en enhetlig *nationell kvalitetssäkringsmodell* är ett av huvudbudskapen i rapporten. Nationella Samrådsgruppen saknade helt enkelt en modell eller standard för hur kvalitetssäkringsarbetet ute i vården skulle genomföras på ett enhetligt sätt.

Det var således i jakt på förebilder till en nationell kvalitetssäkringsmodell som ett antal utländska modeller utvärderades och presenterades i Spirapport 328, "Kvalitetssystem i sjukvården, internationella erfarenheter: Kvalitetsrevision, Ackreditering, Kvalitetssäkring" (1992). I rapporten beskrivs bland annat den engelska myndigheten King's Funds (Englands motsvarighet till Spri) modell Organisational Audit (organisationsgranskning), som blev den modell som Spri kom att arbeta med. Spri motiverade sitt val att använda en redan befintlig kvalitetssäkringsmodell med att det var för tidskrävande att utveckla en egen modell. Vid den här tiden hade intresset för kvalitetssäkringar ute i vården ökat, och Spri såg som sitt ansvar att snabbt ge information och rekommendationer om de kvalitetssäkringsalternativ som fanns.

Nationella Samrådsgruppen såg samtidigt Organisational Audit som en möjlig nationell modell och Socialstyrelsen gav i uppdrag åt Spri att utreda modellens lämplighet som nationell modell. Spri fick låna King's Funds Organisational Audit manual för kvalitetsgranskning och skulle nu se till att manualen översattes till svenska. Spri såg sig därför om efter en samarbetspartner bland landets sjukhus.

På sjukhuset

Kvalitetssäkringsidén kommer till Lund

Under våren 1991 hade Spri ett seminarium där kvalitetsbegreppet presenterades för överläkarna på Universitetssjukhuset i Lund och

”De blev fullständigt utbuade av våra chefsöverläkare – de tyckte att det var ”nojan” – de hade minsann hållit på med medicinsk kvalitet i trettio år. Så gick det till hösten då var det ett nytt seminarium – då kom detta upp med kvalitetssäkring – då är det en i den egna gruppen (dvs bland chefsöverläkarna)...som säger att det här måste vi ta tag i med en gång. Alltså fick sjukhusdirektören en eldsjäl. Det var så kvalitetsarbetet började.” (En av de ansvariga för kvalitetssäkringsarbetet i Lund)

Formellt räknas dock samarbetet mellan Spri och fyra sjukhus (Nacka, Ryhov, Mölndal och Lund), vilket började redan 1990, som upptakten till sjukhusets systematiska arbete med kvalitetsfrågor. De fyra sjukhusen förband sig ”att driva ett internt arbete i syfte att få till stånd ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete” (samarbetsavtalet med Spri). Resultatet skulle rapporteras till Spri som i sin tur skulle fullgöra sina åtaganden gentemot Socialstyrelsen, vilken gett i uppdrag åt Spri att göra en kartläggning av det då pågående kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården.

Vid samma tidpunkt, i början på 1990-talet, pågick diskussioner på både läns- och distriktsnivå (Malmöhus läns landsting och Lunds sjukvårdsdistrikt) om hur vårdkvaliteten skulle kunna mätas och/eller redovisas, eftersom upphandlingen av vården skulle bedrivas under nya former.

Under hösten 1991 fick en av chefsöverläkarna, ”eldsjälen”, på Universitetssjukhuset i Lund i uppdrag av distriktsledningen att arbeta fram ett förslag till kvalitetsprogram för Lunds sjukvårdsdistrikt. I januari 1992 godkände direktionen det föreslagna kvalitetsprogrammet. En av kvalitetsprogrammets huvudpunkter var att ett kvalitetsråd skulle instiftas för att driva kvalitetssäkringsarbetet.

För att arbeta enligt kvalitetsprogrammet behövde kvalitetsrådet hitta sätt att uppfylla mål som att *initiera eventuellt ackrediteringsarbete och föreslå externa revisioner på basal nivå*. I detta läge föll det sig naturligt för kvalitetsrådet att konferera med Spri, var på jakt efter en samarbetspartner för att översätta och utvärdera Organisational Audit modellen och som därför föreslog denna som ett sätt att uppfylla kvalitetsprogrammets krav.

Spri föreslog vidare att representanter från Universitetssjukhuset i Lund skulle göra en studieresa till England för att bekanta sig med Organisational Audit-modellen. Representanter för kvalitetsrådet på Universitetssjukhuset i Lund åkte så till England i april 1992 för att studera hur modellen fungerade i praktiken. I London fick representanterna från Lund ta del av King's Fund's (Spri:s engelska motsvarighet) erfarenheter beträffande Organisational Audit. Dessutom gjorde de studiebesök på sjukhus som tillämpade kvalitetsgranskningen i sin verksamhet.

Tillsammans med representanterna för kvalitetsrådet på Universitetssjukhuset i Lund åkte en representant för Socialstyrelsen i Malmö, som i sin tur utvärderade modellen för Socialstyrelsens del som ett möjligt underlag till en nationell kvalitetssäkringsmodell i Sverige.

Både representanterna från Lund och Socialstyrelsens representant ställde sig positiva till Organisational Audit-modellen, och ett nytt samarbete mellan Spri och Universitetssjukhuset i Lund initierades av Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. I samarbetsavtalet står:

Staten och Landstingsförbundet har gett Spri i uppdrag att genomföra ett projekt som syftar till att pröva det engelska systemet för kvalitetsrevision på akutsjukhus (organisational audit) anpassat till svenska förhållanden, på Lunds lasarett. Detta förväntas ge underlag för ställningstagande till lämpligheten av att vidareutveckla och i större omfattning tillämpa extern kvalitetsrevision enligt modell ”organisational audit” på svenska sjukhus. Till stora delar överensstämmer modellen med hur extern kvalitetsgranskning tillämpas inom svenskt näringsliv.

Enligt samarbetsavtalet förband sig Universitetssjukhuset i Lund att rapportera tillbaka till Landstingsförbundet och Socialstyrelsen fyra månader efter att den externa granskningen var genomförd. På grundval

av den utvärderingen skulle sedan en sammanfattande bedömning av projektet göras, för att man skulle ta ställning till om denna form av kvalitetssäkring verkade intressant nog att använda i svensk sjukvård. I tidsplanen ingick en *intern* och en *extern granskning* på Universitets-sjukhuset i Lund under hösten 1994.

Organisational Audit översätts till Lundamodellen

Den engelska King's Fund Organisational Audit-modellen hade endast varit i bruk i England ett par år när den togs över till Sverige. King's Fund Center hämtade sin förebild till modellen från Australien. King's Fund hade omarbetat den australiensiska modellen så att den skulle passa bättre till engelska förhållanden. Den australiensiska kvalitetssäkringsmodellen var gjord efter en kanadensisk modell som i sin tur hade den amerikanska ackrediteringsmodellen som utgångspunkt. Att Spri och Universitets-sjukhuset i Lund inte använde den amerikanska modellen direkt förklarades med att den var för detaljerad och att det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet inte var så likt det svenska. Däremot ansågs det i början på 1990-talet finnas en del likheter mellan den engelska och den svenska sjukvården, vilket talade för den engelska versionen.

I Sverige användes i ett inledande skede flera olika benämningar av Organisational Audit-modellen om vart annat. Systemrevision, ackreditering och kvalitetsrevision var de mest förekommande. Under utredningen om modellen kallades den antingen *ackreditering* eller *systemrevision* och i samarbetsavtalet kallas den *kvalitetsrevision*. Den benämning som modellen sedan gick under vid införandet på Universitets-sjukhuset i Lund var *organisationsgranskning*. Själva granskningsförfarandet kallades antingen granskning eller revision. De som arbetade med införandet av modellen på Universitetssjukhuset i Lund ville däremot inte använda den engelska benämningarna *accreditation* och *accredited* – de ansågs för hårda och för amerikanska.

Organisational Audit bygger på Donabedians (1966) *klassiska modell* för analys av kvalitet i vården. Donabedian skiljer på tre aspekter av kvalitet: strukturkvalitet, processkvalitet och resultatkvalitet. Resonemanget är att resultat är svårt att mäta inom vården, eftersom det inte finns någon exakt uppföljning av resultat utom inom några få

specialiteter, och att det därför är struktur och process som ligger till grund för det som granskas.

Med struktur menas

själva organisationen och de resurser som finns i form av personal, utrustning, lokaler etc

och process är

den verksamhet som utförs (Spri-rapport 230 s 20)

En administrativ chef på Universitetssjukhuset i Lund gjorde följande tolkning av det ovanstående:

”Vår granskning är egentligen bara detta att du skall syna om byggnadsställningen håller, om kittet håller, så det är inte resultatdelen utan det är standards eller normer som vi uppfyller.”

Då organisationsgranskningen inte avsåg den medicinska kvaliteten var det många som arbetade med kvalitetsgranskningen på sjukhuset som påtalade vikten av att den kompletterades med till exempel medicinska indikatorer. Kvalitetsrådets dåvarande ordförande på Universitetssjukhuset i Lund sade bland annat i en intervju i Spri informerar (nr 4-5 1992):

”Det är även en nödvändighet att kvalitetsrevisionen kompletteras med en resultatriktad granskning.”

I december 1992 inleddes översättningsarbetet av Organisational Audit manualen från engelska till svenska. Den ursprungliga tidsplanen, enligt vilken kvalitetsmanualen skulle vara klar för användning redan våren 1993, visade sig vara för optimistisk:

”Så trodde de glada optimisterna i kvalitetskommittén att det var bara att köra... men så lätt var det inte, vi har haft en lång process med att göra om det som finns i den och det tog ett år att göra om det, så vi har formulerat om hemskt mycket i den och vi har ändrat strukturen i den.” (Projektsekreteraren)

I Lund skulle materialet anpassas till Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssäkring samt till annan svensk lagstiftning. Dessutom fick några avsnitt skrivas till, emedan de antingen inte fanns i det engelska underlaget eller inte kunde användas. Denna bearbetning och omarbetning gjordes i samarbete mellan representanter från Universitetssjukhuset i Lund och Spri:s KIVEX-grupp, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Den första versionen av den svenska manualen blev klar i december 1993 och därmed hade Organisational Audit-modellen blivit översatt till en svensk organisationsgranskningsmodell, även kallad *Lundamodellen*.

Kvalitetspärm

När jag gjorde mina första intervjuer på Universitetssjukhuset i Lund maj 1994 var *kvalitetshandboken*, *kvalitetsguiden*, *kvalitetspärm* eller *kvalitetsmanualen* som den också kallades i början således redan översatt i dubbel bemärkelse. Den version av kvalitetsmanualen som användes vid granskningen på Universitetssjukhuset i Lund hösten 1994 kallades kvalitetsguide. Efter granskningen och den därpå följande utvärderingen reviderades kvalitetsguiden och den nya versionen kallades kvalitetsmanual. I dagligt tal kallades kvalitetsguiden eller manualen dock oftast för kvalitetspärm, eftersom det rent fysiskt var frågan om en vit plastpärm, medan själva innehållet i pärmens kallades manualen. På sjukhuset fick jag varken låna eller kopiera innehållet i pärmens, utan fick svaret:

”Det här materialet kan du inte få för att med det har vi ett avtal med Spri så att den här pärmens kan jag varken ge dig eller kopiera till dig för då gör vi ett avtalsbrott.”

Samtidigt skulle kvalitetspärmens vara lättåtkomlig och obligatorisk läsning för de flesta som arbetade på sjukhuset (ca 7000 personer). På Spri hade man dock inget emot att jag tog del av kvalitetspärmens, och så småningom fick jag ett eget exemplar. De personer som hade arbetat med Organisational Audit-modellen, både på Spri och Universitetssjukhuset i Lund, var mycket noga med att ”obehöriga” inte skulle få tag på materialet. Spri hade för avsikt att sälja den färdigutvecklade kvalitetsmanualen, till andra inom vården.

Enligt kvalitetssäkringsmanualen var dess syften dels att

– vara av stor hjälp vid fortsatt utvecklingsarbete när det gäller framtagande av ”Kvalitetsguide” (motsvarande) för svensk akutsjukvård, om den pilotstudie som nu genomförs utfaller väl.

och dels

En kopia av det ifyllda dokumentet sänds före granskningen till de personer som ska genomföra granskningen. Dokumentet hjälper

granskarna att planera sitt arbete. Det visar även hur väl sjukhuset uppfyller kvalitetsmålen. (s 12)

Kvalitetsmanualen, dvs innehållet i pärmen, var indelad i sex områden eller kapitel; 1) sjukhusledning, 2) kliniken, 3) medicinsk service, 4) vårdenheten, 5) administrativ och teknisk försörjning, 6) övrigt. Varje område delades i sin tur upp i olika avsnitt och inom varje avsnitt ställdes ett antal frågor. Vissa av frågorna var desamma för alla områden medan andra var områdes- och/eller avsnittsspecifika. Till varje sida med frågor hörde en sida med svarsalternativ. För varje fråga fanns det fem svarsalternativ samt en ruta för ”ej tillämplig”. Svarsalternativen var: ja, nästan helt, delvis, i mindre omfattning och nej. Vidare fanns utrymme för kommentarer vilka kunde tas i beaktande vid omarbetning av manualen.

Ett exempel på innehållet i kvalitetsmanualen följer här nedan.

Område	VÅRDENHETEN
Avsnitt	Verksamhetsinriktning och mål: Ledning och organisation Personalutveckling och fortbildning Riktlinjer Lokaler och utrustning Kvalitetssäkring Patientomhändertagande

Inom avsnittet patientomhändertagande ställdes till exempel följande frågor;

- 7.1 Finns ett gemensamt synsätt på den vård som ges vilken överensstämmer med gällande lagstiftning och lokala policydokument?
- 7.2 Ges vården i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), sekretesslagen, tillsynslagen, patientjournalagen m fl lagar och lokala föreskrifter?
- 7.3 Är personalen medveten om målet för vården? (Enligt HSL § 2: Målet för Hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen). Detta innebär att vården:
 - 7.3.1 Är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i såväl vård som behandling?
 - 7.3.2 Är lättillgänglig?
 - 7.3.3 Bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet?

7.3.4 Främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (verkar för god kontinuitet inom vården)?

Fördelarna med organisationsgranskningen sades vara att den

- 1) tillhandahåller en systematisk genomgång av sjukhusets tjänster med klar tonvikt på patienten
- 2) ger bekräftelse av bra praxis och identifiering av områden, vilka kräver förbättring
- 3) för samman alla nivåer och grupper av personal i ett gemensamt syfte och uppmuntrar till samarbete mellan många discipliner samt även samarbete externt
- 4) stimulerar lokala kvalitetssäkringsaktiviteter och andra former av granskning
- 5) är ett bevis på sjukhusets engagemang för kvaliteten.

I själva manualen fanns inga direkta rekommendationer för hur arbetet med den skulle gå till eller vem som skulle fylla i de olika delarna och frågorna.

Enligt projektledaren förväntades arbetet med kvalitetsmanualen ute på avdelningarna leda till att gamla rutiner och normer skulle ses över. Hon menade att det ofta redan fanns beskrivet hur olika uppgifter skulle utföras, men att beskrivningarna inte var enhetligt utformade och inte fanns samlade på något lättåtkomligt ställe. Många rutiner överförs dessutom muntligen inom vården och har helt enkelt aldrig blivit nedskrivna. Eller som projektsekreteraren formulerade det:

”Det finns också mycket som är nedskrivet på papper det kan vara enda sedan 70-talet -gult är det då så- det gäller ju att rensa ut så att man inte har någon gammal rutin i någon pärm som egentligen inte gäller och sedan kommer det någon ny (personal) som slår upp – och det kan ju bli fel – vi har mycket sånt.”

Baserat på dessa uppgifter förväntade jag mig att under observationerna se hur man på vårdgolvet arbetade med att ta fram rutinbeskrivningar och bli varse diskussioner om huruvida de krav som manualen ställde var uppfyllda samt vilka åtgärder som annars skulle tas.

Varför kvalitetssäkra?

Organisationsgranskningen på Universitetssjukhuset i Lund var, som ovan nämnts, centralt initierad för hela sjukhuset. De flesta jag frågade ansåg att den ursprungliga inspirationen huvudsakligen hade kommit från Socialstyrelsen och Spri:

”Det här med kvalitetssäkringar är en idé som kommer från Socialstyrelsen och Spri – vi har ju ett samarbetsavtal med dem.” (En chefsöverläkare)

Med tiden kom idén om kvalitetssäkring dock att dyka upp i allt fler sammanhang som på seminarier, internutbildningar osv. När jag frågade dem som var administrativt ansvariga för införandet av organisationsgranskningen varför kvalitetssäkringar över huvudtaget var intressanta för Universitetssjukhuset i Lund, fick jag därför bland annat svaret att kvalitetssäkringar på något sätt låg i tiden. En av chefsöverläkarna formulerade det som så att:

”Det är lite trend i det här. Ett tag för några år sedan var det etik för hela slanten. Nu är det inte etik alls längre – nu är det kvalitetssäkring i stället.”

Kvalitetssäkringstrenden kopplades även ihop med en annan trend inom hälso- och sjukvården vid den tiden:

”En annan utlösande faktor har väl varit övergången till ett resultatenhetsystem, köp-sälj, där man gärna vill ha något sätt att jämföra kliniker, jämföra sjukhus.” (Ibid)

Många kopplade ihop fördelarna och nödvändigheten av att ha en kvalitetssäkring med idén om interna marknader och köp-sälj-modellen och en av intervjupersonerna sade:

”Vi har gått från planekonomi till marknadsekonomi och där har vi två parametrar – kvaliteten och priset.” (En administrativ chef)

På Universitetssjukhuset i Lund var det däremot ingen som nämnde problem med kvaliteten på sjukhuset som anledning till att kvalitetssäkra. Tvärtom – påpekade de flesta jag talade med, att kvalitet inte var någon ny syn på arbetet inom hälso- och sjukvården. Projektsekreteraren formulerade detta som följer:

”Det här är inget nytt för oss vi har alltid sysslat med kvalitet inom hälso- och sjukvården vi har bara inte systematiserat det innan.”

Citatet ovan visar även att de som arbetade med kvalitetssäkring på sjukhuset såg den som dels en trend, dvs något nytt och dels en systematisering och synliggörande av en aspekt av sjukvården som varit självklar men kanske inte så synlig innan.

Utåt användes kvalitetssäkringar som ett konkurrensmedel av dem som införde dem på Universitetssjukhuset i Lund. Eftersom det är svårt att konkurrera prismässigt för ett universitetssjukhus, pga de höga utvecklingskostnaderna, blev kvalitetsaspekten ett desto viktigare konkurrensmedel. För sjukhuset innebar en granskning utifrån därför en kvalitetsstämpel att visa ”kunderna” och andra intressenter.

Vid den här tidpunkten pågick det diskussioner både på läns- och distriktsnivå (Malmöhus läns landsting och Lunds sjukvårdsdistrikt) om hur vårdkvaliteten kunde mätas och redovisas, eftersom upphandlingen av vården skulle bedrivas under nya former. Ända sedan 1980-talet hade idéer om marknadsekonomi funnits i den offentliga förvaltningen. Köp-sälj-modellen blev en reform i kommunerna vilken skulle lösa deras problem i ett ansträngt ekonomiskt läge (C. Blomqvist, 1996; P. Blomqvist, 1996). För sjukvården innebar reformen att det stod uppköparna fritt att köpa vårdplatser av valfri vårdgivare. I verkligheten blev det kanske inte så mycket frihet av – det är svårt om inte nästan omöjligt att låta konsumenternas efterfrågan bli rådande inom hälso- och sjukvården (Hasselbladh, 1994). Denna positiva men vaga idé, som P. Blomqvist beskriver den, sjönk dock in i den offentliga förvaltningens medvetande om inte annat så som ett slags retorik.

Till denna retorik kopplades nu idén om kvalitetssäkringar på Universitetssjukhuset i Lund. Då det var svårt att konkurrera prismässigt för ett universitetssjukhus, blev kvalitetsaspekten ett desto viktigare konkurrensmedel. För sjukhuset innebar en granskning utifrån en kvalitetsstämpel att visa ”kunderna” och andra intressenter.

Som en del av marknadsföringen mot ”kunderna” gjordes bla en utställning över sjukhusets kvalitetsarbete i sjukhusets entré. Kvalitetsrådet gav dessutom ut ett nyhetsblad ”Kvalitetsrådet informerar” vilket innehöll dels en rapport från kvalitetsrådets kvalitetsmöten dels allmän information om det kvalitetsarbete som pågick eller planerades på sjukhuset.

Nationella Samrådsgruppen hade inte medvetet lanserat sin kvalitetssäkringsidé som ett konkurrensmedel för sjukhusen på den fiktiva hälso- och sjukvårdsmarknaden men konstaterade att det blev lättare att arbeta för kvalitetssäkringar sedan köp- och säljtrenden började.

Införandet

Organisationsgranskningen var tänkt som en heltäckande kvalitetssäkring för Universitetssjukhuset i Lund. Alla jag pratade med centralt på sjukhuset före observationerna intygade att kvalitetssäkringsarbetet var avsett för verksamheten på vårdgolvet. Projektsekreteraren som arbetade med införandet av Organisational Audit-modellen sade att meningen var att kvalitetssäkringsarbetet och tänkandet skulle *genomsyra* hela sjukhuset på alla nivåer och bland alla yrkeskategorier: ”Meningen är ju att alla skall ha läst den här”(syftar på kvalitetsmanualen).

Avsikten med kvalitetsmanualen var således att alla på sjukhuset skulle ha läst den. En kvalitetsgrupp, där representanter för 37 kliniker (Alla utom primärvård och psykiatri.) ingick, bildades för att arbeta med införandet av organisationsgranskningen från centralt håll.

Klinikernas representanter valdes av chefsöverläkaren på varje klinik. Bland dessa fanns exempelvis chefsöverläkare, sjuksköterskor och administrativa chefer. En projektsekreterare anställdes av kvalitetsrådet för att leda arbetet och vara sammankallande för kvalitetsgruppen. Projektsekreteraren delade in kontaktpersonerna i tre grupper och hade arbetsmöten en gång i månaden med vardera gruppen. Vid dessa möten beskrev projektsekreteraren hur kvalitetsmanualen skulle användas. Dessutom diskuterades olika frågor och problem som kunde dyka upp under arbetets gång ute på klinikerna. Kontaktpersonerna hade sedan ansvar för att informera vidare på sin klinik samt se till att alla på respektive klinik fick ta del av kvalitetsmanualen. Kontaktpersonerna hade dock stor frihet för hur de bedrev detta arbete.

På grund av att klinikerna var olika stora varierade kontaktpersonernas sätt att sprida informationen internt. Stora kliniker hade andra system och kanaler för att sprida kvalitetsmanualen än vad små kliniker hade. Även de grupper eller konstellationer som arbetade med frågorna i sig varierade

mellan klinikerna. Oftast bestod grupperna av klinikens kvalitetsrepresentant samt några representanter för klinikens andra professioner. Kvalitetsgruppens arbete pågick under hela 1994 fram till den externa granskningen i november.

Enligt mina informatorer pågick det således ett intensivt implementeringsarbete av organisationsgranskningen/Organisational Audit eller som den hade kommit att bli kallad, Lundamodellen under hösten 1994. Dessutom fick jag höra att det fanns lokala kvalitetssäkringsvarianter på olika kliniker som tex ackreditering av SWEDAC och granskning av vissa specialiteter av medicinförbundet.

Eftersom mitt huvudmål med studien på Universitetssjukhuset i Lund var att observera vad som sker när en sådan idé som kvalitetssäkring möter den redan befintliga praktiken på verkstadsgolvet, var det dags att ge sig ut för att observera arbetet på vårdgolvet samt leta efter organisationsgranskningen.

På vårdgolvet

Avdelning "Gemyten" på medicin

Den första observationen som presenteras gjordes på en avdelning på medicinkliniken. Avdelningen kan beskrivas som en "helt vanlig" vårdavdelning på 24 vårdplatser med både manliga och kvinnliga patienter i alla åldrar. Behandlingstiden kunde variera en hel del, från några dagar till ett par tre veckor. En stor del av avdelningens patienter var diabetiker, vilka blev inlagda för olika behandlingar. Patienternas kondition var mycket varierande, vissa var mer eller mindre självgående och på benen i egna kläder, medan andra var helt sängbundna och/eller beroende av mycket hjälp.

Personalen utgjordes av ca 20 sjuksköterskor, 20 undersköterskor, ett tiotal läkare samt två läkarsekreterare. Organisatoriskt var personalen uppdelad på den blåa sidan och den röda sidan av avdelningskorridoren. Denna uppdelning gällde sjuksköterskor, undersköterskor och läkare som för dagen arbetade på den ena eller andra sidan. På väggen i korridoren mitt emot receptionen hängde en tavla där dagens personal stod uppräknad under rubriken ”välkommen till Gemyten, personalen som jobbar idag är:”. På höger sida på tavlan stod alla som arbetade på den röda sidan med röd text och på vänster sida stod alla som arbetade på den blåa sidan med blå text. Sjuksköterskorna och undersköterskorna arbetade tillsammans i lag: två sjuksköterskor och två undersköterskor i varje lag, ett lag på varje korridorhalva. Lagen var ofta desamma över en längre tid – dvs att samma personer arbetade med varandra, men de kunde däremot byta sida av korridoren från skift till skift.

Från centralblocket, fanns det två ingångar till avdelningen, en ”huvudingång” och en ”bakingång”. Huvudingången ledde in i själva avdelningskorridoren. Det var en bred korridor med sjuksalar, sköljrum, tvättrum och en bit in till vänster en reception. I slutet på korridoren låg ett konferensrum på ena sidan, och ett alltagsrum och matrum som gick in i varandra på andra sidan. Bakingången ledde in i en smalare och kortare korridor som gick mellan sköljen och tvättrummet å ena sidan och personalrummet, läkarsekreterarrummet och läkarreceptionen å andra sidan. Denna korridor slutade vid receptionen och med en dörr in till medicinförrådet.

Avdelningen gav ett något slitet men hemtrevligt intryck. Mängder av tackkort på anslagstavlor och blommor i receptionen vittnade om patienters tacksamhet och skapade en gemytlig stämning. Under kaffe-pauserna samlades personalen inne i ett personalrum, som låg en bit in i korridoren bredvid köket. Dit in var det inte så lätt att hitta för kaffehörnan låg inne i en ”tarm” av rummet. Det var varken en rymlig eller ändamålsenlig kaffehörna, men hit kom ändå alla personalkategorier för att dricka kaffe och prata. Stämningen var oftast mycket lugn och ibland närmast sävlig.

Till denna avdelning kommer jag...

Kl 7.00 en onsdagsmorgon

och går in längs korridoren och sneglar in i de olika salarna på min väg in förbi receptionen och in i personalrummet. Det råder en speciell stämning på avdelningskorridoren tidigt på morgonen, särskilt så sent på året när det är mörkt ute. En och annan sömndrucken patient vandrar i korridoren på väg in i duschen eller för att sträcka på benen efter natten. På de flesta salarna är fortfarande endast sängbelysningarna tända och personalen rör sig tyst mellan sängarna. I några av sängarna väntar sängbundna patienter på hjälp med sina morgonbestyr eller på att kunna be om tex en värktablett. I personalrummet hänger min vita rock som jag tar på utanpå mina egna kläder. I bröstfickan finns den obligatoriska blåa innerfickan i plast med Malmöhusläns landstings märke på. I fliken som hänger över kanten på bröstfickan finns min namnskylt. Iklädd den vita rocken och med en minimal anteckningsbok i fickan, pennor sticks ned i den blåa plastfickan, går jag till min dagliga observation på avdelningen Gemyt.

Morgonsamlingen

ägde rum i receptionen som låg två tredjedelar in i den stora korridoren i ett slags öppning mellan de två korridorerna. Den var avgränsad på två håll genom diskar som gick upp i brösthöjd. Bakåt avgränsades receptionen av medicinförrådet och framför fanns en passage mellan de två korridorerna. Ena kortsidan vette i sin tur ut mot patientkorridoren.

När jag kommer ut i receptionen är det många som trängs där – nattskiftet håller på att lämna över till dagsskiftet och jag räknar till fem sjuksköterskor, två undersköterskor en undersköterskeelev, tre läkarkandidater samt de två (eller tre) från nattpersonalen som samtidigt står i receptionen. Morgonsamlingen verkar mycket informell. Personalen står eller sitter i små grupper och pratar. De på den röda sidan läser in sig i de röda pärmarna och de på den blå sidan läser in sig i de blå pärmarna. Dagpersonalen får information både via patientpärmarna och direkt från nattpersonalen. Inget särskilt har inträffat under natten mer än att en patient har haft hemskt ont i sitt bensår och att en äldre dam har legat så lågt i sockervärde att de fått ge henne saft och kex med pålägg ett par gånger om natten för att få i henne socker. Sjuksköterskan som lämnar över säger: ”Jag tycker att det är en alldeles för hög insulinidos hon har för att vara en så gammal dam.” Dagpersonalen ger sig nu iväg en efter en till sina morgonssysslor. Nattpersonalen stannar kvar en stund – de fyller i listor och för över information om patienterna från sina block till patientpärmarna. Nu är de klara och går.

Undersköterskorna

går in på salarna och hjälper patienterna att komma upp och tvättar dem som är sängbundna. Någon patient får hjälp att sätta sig vid handfatet för att själv kunna tvätta sig. Vätskelistor, urinpåsar, papperskorgar och blomstervaser fylls i, mäts, töms och byts. Undersköterskorna bär alltid någonting med sig ut eller in eller mellan salarna så här på morgonen: smutsig tvätt ut, ren tvätt in och termometrar som samlas ihop.

Nu är det dags för frukost och den ena undersköterskan springer iväg för att hämta frukost till dem som är sängbundna, medan den andra undersköterskan hjälper damen med bensår som har ont.

Den ena sjuksköterskan

går ut på salarna och ”tar socker” på de patienter som det behövs på. Damen som legat lågt i sockervärde hela natten kontrolleras en gång till och en annan får en extra insulindos. Den andra sjuksköterskan ger sig in på medicinförrådet och börjar göra i ordning morgonmedicinen. Medicinskåpet är låst och sjuksköterskan låser upp det med en nyckel, som hon har hängande i en färgglad plastspiral vars andra ända sitter fast i hennes rock. Hon har en lista framför sig som hon går efter, när hon räknar upp piller av olika storlekar och färg. Medicinerna lägger hon i små fack i ett rullbord. Varje fack är markerat med en sängplats 3:4 för sal tre säng fyra osv. I medicinförrådet finns också en dörr ut mot korridoren, och där börjar nu patienter på väg till frukosten i matrummet vid slutet på korridoren vandra förbi. Någon hälsar och sjuksköterskan hälsar glatt tillbaka. Nu ringer hon en annan klinik för att höra efter om en patient får ta sin medicin, innan han går dit för en undersökning. Samtidigt fyller den andra sjuksköterskan i listor för blodsocker för helgen så att de skall finnas klara.

Läkarna och läkarkandidaterna

börjar dyka upp vid åttatiden. De står och sitter lite varstans i receptionen och läser in sig i patientpärmarna inför rondan. Någon av dem frågar en av sjuksköterskorna om det är aktuellt med en morgonrapport, men hon svarar att det inte finns något särskilt att rapportera och att de lika gärna kan ta rapporten i samband med rondan.

Ronden

på Gemyten började normalt sett någon gång mellan nio och tio på morgonen och varade oftast minst en timme. En ”normalrond” innebar att det deltog tre till fyra läkare, lika många läkarkandidater samt en sjuksköterska. Man gick två ronder varje morgon på avdelningen, en på den blåa sidan och en på den röda sidan av korridoren.

Klockan är drygt nio och den ansvariga sjuksköterskan räknar efter så att alla patientpärmarna är på plats. En av läkarna tar tag i handtaget på den rullande pärmhyllan och så ger sig hela sällskapet iväg till den första salen på den röda sidan av korridoren. Framme vid salen plockar sjuksköterskan fram de fyra aktuella pärmarna och börjar gå igenom dem en efter en.

Sjuksköterskorna försåg läkarna med information under ronderna. Först brukade de läsa i pärmarna eller sitt eget anteckningsblock och räkna upp olika fakta om patienten och dennes/dennas olika värden. Såväl fakta som värden varierade med patienterna men rapporteringen följde ändå ett grundmönster, där till exempel ålder, kön, allmänkondition och symtom beskrevs.

Sjuksköterskan slår upp den första pärmen och läser ”en medelålders man, diabetiker, har legat inne flera gånger tidigare, är i dålig kondition, buksmärtor, sondmatning”, hon räknar också upp blodvärden, blodsocker, insulindoser samt övriga mediciner.

Sedan brukade sjuksköterskorna ge mer ingående information om patienterna. Ibland inflikade de denna information mellan de olika fakta och värden de läste upp och ibland serverades den efteråt. Den mer ingående informationen varierade högst väsentligt mellan patienterna. Ibland fanns det inte mycket övrigt att tillägga, men ibland fanns det komplicerande faktorer av till exempel det sociala slaget.

Sjuksköterskan tittar sedan upp från pärmen och säger i vanlig samtalston: ”Vi tror att patienten har ett stort socialt behov, han är ensamstående och verkar inte sköta sig när han är hemma. Därför dyker han upp på avdelningen med jämna mellanrum. Hans kontaktbehov är stort och han utgör en viss belastning för personalen. Det skulle kunna finnas ett samband mellan hans kontaktbehov och att han dyker upp gång på gång.”

Inne hos patienten var det någon av läkarna som höll i pärmen och pratade med patienten. Ofta diskuterade läkarna mellan pärmen och patienten:

”Hur känns det, vi kanske borde försöka ta bort sonden nu, låt oss se vad värdena säger, har du värk nu, jäså du har ont hela tiden, det finns smärtstillande.”

Senare hos den gamla damen med bensår sa läkaren:

”Vi får försöka hitta ett bättre sätt att förbinda såret, så att det inte skaver på kanterna för det ser verkligen rött och irriterat ut, det hjälper syster dig med sedan.”

Läkarna tog rätt god tid på sig på ronderna. De pratade ofta fram och tillbaka både med patienten och sinsemellan, innan de fattade beslut om hemgång eller fortsatt behandling. Stämningen var allmänt lugn och eftertänksam. Hela rondan (dvs alla inblandade) gick i samlad trupp från säng till säng och mellan de olika salarna. Efter rondan lämnades den rullande pärmhyllan tillbaka i receptionen.

I receptionen

är sorlet nästan öronbedövande efter rondan, dietisten dyker upp och får hjälp av en sjuksköterska med information om en patient. Samtidigt diskuterar ett par läkare och en sjuksköterska om en av patienterna är redo för hemfärd ”nej jag tror inte det, han gick på sin fot fast han inte fick”, säger sjuksköterskan bestämt. Beslut fattas om att patienten skall ligga kvar något dygn och detta antecknas i patientpärm. En sjuksköterska kommer från den röda sidan och tar en patientpärm. Hon sätter sig med pärmen och ringer ett samtal om patienten. En av undersköterskorna sitter och fyller i en beställningsblankett. En grönklädd läkare dyker upp och ber att få låna en patients pärm. Jag läser på hans fickflik att han är anestesiläkare från kirurgen. Han vill se efter vad patientens blodvärde är. ”Det är för lågt för operation”, säger han, när han slår igen pärmen och räcker den in över disken igen till en av undersköterskorna. Hon har precis kommit för att fylla i matlistorna. Nu ringer telefonen, ”det är från röntgen en av våra patienter är klar”, ropar undersköterskan som svarar och fortfarande håller matlistan i handen. En av sjuksköterskorna, hon arbetar för tillfället inne i medicinförrådet, sticker ut huvudet och säger att hon går och så ger hon sig iväg för att hämta patienten. Samtidigt dyker undersköterskan med elev upp. Hon visar honom var beställningsblanketten för att beställa nya förråd av tvätt

finns. Sjukgymnasten anländer och vill ha en rapport innan hon går till sina patienter. Information om en av patienterna saknas och en undersköterska springer iväg för att hitta en av de sjuksköterskor som arbetade på den halva korridoren (den blåa).

I receptionen, ett utrymme på cirka två gånger fyra meter, var det oftast pågående aktiviteter hela dagen. Telefonen ringde, patienter, anhöriga samt personal från sjukhuset i övrigt kom för att söka information eller hjälp, och det fanns oftast någon som stod eller satt i receptionen och läste i någon av patientpärmarna. På disken låg olika plastkorgar för papper. Ingen hade någon bestämd arbetsplats eller sittplats i receptionen, så folk stod lite hur som helst eller satt på någon av de få rullande skrivbordsstolar där fanns och läste in sig i patienternas pärmar eller fyllde i listor. På ett litet bord vid väggen stod en skrivare som skrev ut färdiga analys svar från klin-kem-lab. Då och då gick någon fram och rev av de svar som kommit och förde in dem i patientpärmarna samt lade utskriftssedlarna i en korg. Ibland påkallade resultaten omedelbar handling av något slag, och då försvann någon bland personalen iväg för att ordna dessa sysslor. I receptionen stod även patientpärms hyllorna, vilka drog till sig alla personalkategorier på avdelningen. På disken låg olika korgar för papper och pärmar. På dem stod till exempel ”remitter till läkare”, ”ifyllda remisser”, ”hemgående patienter”, ”nya patienter till läkaren”.

Det mest centrala i hela receptionen var den apparat med vilken alla papper märktes med patienternas identitet. Den fungerade så att patientens patientbricka lades på en platta under papperet som skulle märkas, och så drogs en skyttel över papperet och brickan, varpå patientuppgifterna kopierades eller stämplades över på papperet. Patienternas patientbrickor hängde i två längder av plastfickor. En plastficka per patientbricka och en längd plastfickor per sida av korridoren. När en ny patient skrevs in stämplades ett antal standardpapper i apparaten, innan de sattes i patientpärmarna. Alla remisser och andra papper fick också dras igenom. Eftersom det var många som skulle dra upp remisser, följesedlar och papper till pärmen, kunde det ofta vara kö till apparaten.

Andra aktiviteter som ägde rum i receptionen var ifyllande av alla möjliga beställningsblanketter. Tvätt, material och matbeställningar skulle fyllas i. Vissa av dessa uppgifter utfördes kontinuerligt av personalen som

arbetade just då, som att beställa mat. Andra beställningslistor hade någon särskild av personalen ansvar för att fylla i vid vissa tidsintervall, tex inventera och beställa vissa förråd.

Receptionen tjänade flera syften, som informationscentral där information om patienterna samlades och utbyttes inom och mellan de olika personalkategorierna, som reception dit både patienter och anhöriga vände sig för att söka hjälp och information. Dessutom kom olika personalkategorier från andra vårdavdelningar eller staber dit för att lämna eller hämta information. Dessa utifrån kommande besök kunde vara exempelvis narkosläkare från kirurgen, sjukgymnaster eller socialassistenter. I receptionen fanns också avdelningens telefon som ofta ringde nästan i ett.

I receptionen var det ingen som framöver någon annan hade ansvaret att svara i telefon eller på frågor från andra sidan disken. Detta innebar att vem som helst kunde bli avbruten när som helst. Det var heller inte någon som hade till uppgift att se efter receptionen, utan alla skötte sina sysslor varav en del av praktiska skäl utfördes i receptionen. Därför kunde receptionen också stå helt tom ibland, när alla uträttade ärenden på annat håll, och då fanns ingen för att svara på varken telefon eller frågor.

En av anledningarna till att så många sökte sig till receptionen var att där förvarades patientpärmarna. De stod på hyllor på hjul i receptionen, när de inte var ivägrullade för ronden eller någon hade lånat en pärm för att uträtta något.

Pärmarna

var mycket centrala i det dagliga arbetet på avdelningen, och jag bestämde mig därför för att ”skugga” dem någon dag och se vad de användes till. Först bläddrade jag igenom en pärm för att se vad det var för olika papper som fanns i den. Jag hittade följande rubriker i pärmen; kurvblad, rapport, lab.-listor, amnes, EKG-fysiologi, röntgen, konsult, blodprov, urinprov, övriga prov, epikris och övrigt. Vissa av rubrikerna kunde variera för olika patienter, men de uppräknade kan ses som en ”genomsnittlig pärm”.

Den röda och blå färgen återkom på patientpärmarna. En pärm per patient, eller rättare sagt en pärm per sängplats fanns det, eftersom pärmarna var märkta enligt sängplatserna. De hette således som tidigare nämnts tex 3:4 eller 9:2 vilket stod för sal tre, säng fyra och sal nio, säng två. Tidigt på morgonen användes pärmarna för att ge rapport mellan nattskiftet och dagskiftet, vid morgonronden samt för att göra i ordning och dela ut medicinen. På så sätt användes pärmarna kanske mest flitigt på morgnarna. Det var också då som personalen läste in sig på de olika patienterna, och det var inte ovanligt att det i stort sett bildades kö till vissa av pärmarna. (Pärmarna stod som sagt i hyllor på hjul i receptionen dit de lämnades efter rondan.)

Det kommer en undersköterska, hon fyller i vikt och vätsketabeller i flera pärmar. Hon för över siffror som hon har på sitt eget block. En av läkarna hämtar en pärm, han skall ringa till tandläkare åt patienten och behöver information från pärmen. En annan läkare kommer för att läsa in sig på patienterna inför rondan, han sätter sig på en stol vid ena pärmhyllan och läser. Plötsligt dyker det upp en läkare från en annan avdelning med en pärm, som hon överlämnar till läkaren som är på plats i receptionen och förklarar att denne patient kommit att må dåligt under ett test på hennes avdelning, och att de därför har avbrutit testet och att hon härmed lämnar tillbaka både patient, och pärm till avdelningen. Hon ber läkaren som just tagit emot pärmen att ta över och titta till patienten eftersom han inte verkade må bra.

Klockan 09.10 börjar rondan på ena sidan korridoren. Pärmarna försvinner iväg med rondan:

En av läkarna drar hyllan på hjul – läkarsekreteraren lägger en pärm i backen, ”nya patienter för doktorn” – en sjuksköterska dyker upp med en pärm i handen. Hon skall ringa runt och ordna något praktiskt åt patienten – en annan sjuksköterska kommer och hämtar en pärm och försvinner in till ett par läkare som sitter inne på kontoret – nu kommer pärmarna från den andra sidan korridoren tillbaka från rondan – hyllan ställs i receptionen och en av läkarna försvinner in på behandlingsrummet med en av pärmarna, han skall prata med en patient – en sjuksköterska skriver de olika lab-värdena in i pärmarna på sin sida – lab-värdena får hon från skrivaren som är kopplad direkt till klin-kem-lab – en annan sjuksköterska tittar i en pärm när hon ringer ett vårdhem för att fråga, om det går att skicka tillbaka patienten dit – hon lämnar information och ställer frågor allteftersom hon läser in sig i pärmen, ”han får dropp – har ni möjlighet att ge honom dropp på nätterna?”, ”vi matar honom...” –

då dyker det upp en grönklädd läkare som tar pärmen ifrån sjuksköterskan så fort hon är klar med sitt samtal. Han är anestesiläkare från kirurgen och vill informera sig om sin patient före en operation, han tittar igenom patientens olika värden och för över dem till ett eget anteckningsblock, han slår igen pärmen och räcker den in över disken igen.

Arbetsfördelningen

på medicinavdelningen var först och främst enligt personalkategori, dvs att sjuksköterskorna, undersköterskorna, läkarna och läkarsekreterarna alla hade sina bestämda sysslor och arbetsområden. Det framgick rätt tydligt vilka rättigheter och skyldigheter varje personalkategori hade i sin yrkesroll. Därefter bestämdes arbetet av schemalaggningen. Den personal som för dagen arbetade på eftermiddags- eller kvällsskift hade självklart andra arbetsuppgifter än de som genomförde morgonsysslorna. I sista hand bestämdes arbetet av vilken sida av korridoren personalen arbetade på. De olika korridorsidorna var likartade men kunde med sina patienter ändå variera i tyngd och form av krävda insatser.

På Gemyten arbetade sjuksköterskor och undersköterskor i lag vilka bestod av två sjuksköterskor och två undersköterskor och ett lag på varje korridorhalva. Lagen ingick i ett rullande skiftschema, och en del som arbetade deltid skarvade mellan olika skift. Ofta hade personalen i lagen samma schema och arbetade därför tillsammans under en längre tid. Sjuksköterskorna och undersköterskorna hade en klar arbetsfördelning sinsemellan, och även om de arbetade i lag gjorde de detta mest parvis inom varje personalgrupp. Denna arbetsfördelning skapades till stora delar av att personalens ansvarsområden var bestämda utifrån deras personalkategori, dvs att sjuksköterskor tex gjorde i ordning och delade ut medicin, gav sprutor och blodtransfusioner medan undersköterskor tex skötte vätsketabeller, bytte urinpåsar, bäddade, tog avföringsprov och fyllde i matbeställningar. En del sysslor kunde utföras av både sjuksköterskor och undersköterskor, som exempelvis såromläggning och allmänt omhändertagande av patienten. Arbetet var dock till stora delar strukturerat runt personalens befogenheter och behörigheter. En undersköterska fick inte ge medicin. Det fick/skulle däremot en

sjuksköterska göra, men hon/han fick inte skriva på en remiss, för det skulle en läkare göra.

Gemensamt för alla personalkategorierna var att de hade mycket pappersarbete, sjuksköterskorna och undersköterskorna inte minst. En hel del av detta pappersarbete hängde direkt ihop med den vårdande delen av arbetet som att fylla i listor för blodvärde, att föra in olika värden i patienternas pärmar eller att skriva ner hur patienten mår allmänt. En del var delvis kopplat till vårdrollen som att beställa mer engångsmaterial eller mediciner, medan en del verkade ligga rätt långt från omvårdnadsrollen, som till exempel att föra budget och göra arbetsscheman.

Trots att arbetet på avdelningen var mycket strukturerat på flera sätt föreföll en del av arbetet inte vara ordentligt uppdelat. Att svara i telefon eller på frågor i receptionen var det exempelvis ingen särskild person eller personalkategori som hade ansvar för. Vem som helst av personalen kunde således bli ombedd eller tvungen att sköta dessa sysslor, även om det störde personen i fråga i hans/hennes arbete.

Ett flöde av information kommunikation och dokumentation

var helt nödvändig för att personalen på avdelningen skulle uppnå kontinuitet i sitt arbete. På morgonen lämnade nattskiftet över till dagskiftet, dvs sjuksköterskorna och undersköterskorna, vid morgonrapporten. Läkarna läste ofta direkt i pärmar och fick sedan en snabb genomgång av den sjuksköterska som gick rondan med dem, om det var något särskilt som hänt under natten. Under rondan gav sjuksköterskorna ofta läkarna information utöver det som stod i pärmen eller med tillägg till det som stod i pärmen. Denna information kunde vara sådan som sjuksköterskan i sin tur fått från undersköterskorna. Vid rondan informerades patienten av läkaren om exempelvis vilka behandlingar som var aktuella och när utskrivning kunde bli aktuell. Patienterna hade också möjlighet att fråga och be om ytterligare information vid rondan.

När sjuksköterskorna skulle sluta för dagen, lämnade de över till den eller de sjuksköterskor som tog över efter dem. Överlämnandet kunde ske en stund innan eftersom deras tider oftast överlappade varandra. Det mesta av informationen vid dessa ”minisamlingar” lämnades muntligen

och bestod av repetition av utvald information som stod i patientpärmarna eller på någon lista. På så sätt valde den sjuksköterska som skulle gå av sitt skift vad som var viktigt att föra över till den sjuksköterska som skulle ta över. Det var dessutom ett snabbare sätt för den sistnämnda att få detaljerad information om patienterna. Sysslor som att dela ut medicin och ge insulinsprutor gjorde de ändå.

Sjuksköterskorna har ställt sig lite vid sidan av för att prata ”det måste kollas om de på vårdhemmet kan sondmata 3.4 för att vi skall kunna skriva ut honom dit så det måste ni kolla ...5.2 får absolut inte stödja på sin fot fast hon envisas med det och 5.3 skall upp på röntgen klockan 14.30”, säger hon som lämnar över.

Undersköterskorna lämnade också över sina sysslor i en sorts stafett, där ”pinnen” lämnades över till undersköterskorna som kom till nästa skift. Sedan fick det nya laget stämma av sinsemellan så att de hade samma information.

Alla undersköterskor och sjuksköterskor skrev egna komihågslappar. På dessa lappar eller block, vilket det ofta rent fysiskt var frågan om, skrev de olika saker som skulle göras som de behövde komma ihåg, som exempelvis vem som skulle på röntgen och när, vilka det skulle tas blodprover på, vilka det skulle tas avföringsprover på osv. Vilken information som var intressant för varje individ eller personalgrupp var naturligtvis relaterat till den personens arbetsuppgifter och patienter.

Viktiga informationsöverförande aktiviteter som samlingar och ronder innehöll både muntliga och skriftliga samt formella och informella moment. Dokumentationen var viktig och personalen lade ner mycket både energi och tid på att dokumentera sitt arbete och patienternas tillstånd. Dokumentationen syftade oftast till att informationen skulle hamna i patientpärmarna. Där fanns färdigdefinierade blad och listor för viss slags information men även ett så kallat rapportblad där mera individberoende och specificerad information som: ”har varit orolig”, ”har ätit sämre” eller ”är nu piggare.” Från patientpärmarna fördes fakta över på gemensamma listor till exempel över alla dem som skulle ha insulininjektioner. Informationen delades således både upp på den enskilde patienten och slogs samman på tex alla som skulle ha insulin eller som det skulle tas HB på osv. Informationen fördes således från pärmen över på gemensamma listor och från gemensamma listor över i pärmen.

Nattpersonalen skrev in i patienternas pärmar, om det var något särskilt som hände eller om de fick extra mediciner eller något sådant. Ändå rapporterades det mesta muntligen över till dem, som skulle ha samma patienter under dagen.

Att bli avbruten i sitt arbete

var det framför allt sjuksköterskorna som råkade ut för. Läkarna svarade i princip aldrig i telefon eller på frågor utan höll sig vid sidan av även om de var på plats. Undersköterskorna skötte mycket av sina rutiner ute på salarna och nära patienterna och blev därmed inte heller lika mycket avbrutna. Sjuksköterskorna var de som befann sig mest på plats i eller i närheten av receptionen, och det var därför de som blev mest störda i sitt arbete. De var också de som först och främst hade ansvar för kommunikationen med utifrån kommande personal som sjukgymnaster, socialassistenter osv. Kommunikationsmomentet var överhuvudtaget stort i sjuksköterskornas arbetsroll. De samlade på sig information från undersköterskorna och förde den vidare till läkarna och/eller andra intressenter.

Alternativa lösningar

När en av patienterna skulle skickas iväg till en annan avdelning för att genomgå en undersökning, uppstod det problem med hans droppställning. Den krånglade och ville inte stanna i det läge som den skulle:

Flera av sjuksköterskorna och undersköterskorna som var i närheten släpper det de håller på med och försöker hjälpa till – de turas om att ”mecka” med ställningen utan att stängen vill bli kvar i det läge den skall – en sjuksköterska säger till slut ”ser inte stängerna på sängarna nästan likadana ut?” Hon och en av undersköterskorna går iväg för att montera loss en stång av en av sängarna.

Det gick att montera den på ställningen och patienten kom iväg med en ny variant av droppställ.

En annan gång ropade en av undersköterskorna på hjälp från en av salarna. Hon försökte montera fast en bricka på en rullstol åt en patient som ville sitta i sin rullstol och äta frukost. Brickan var enligt

anvisningarna gjord för ändamålet, men undersköterskan lyckades ändå inte få den på plats:

Den andra undersköterskan och hennes elev kommer nu springande samt sjuksköterskan som hade stått och sorterat mediciner – alla försöker i tur och ordning att få brickans fästen att passa till rullstolens fästen, men det ville sig inte trots otaliga försök att skruva på det ena och dra i det andra eller vice versa de – när ingen, inklusive eleven, kan lösa problemet ger de upp.

De ansåg att det var fel på konstruktionen och att brickan skulle skickas tillbaka till lagret. Lösningen blev att palla upp den aktuella patienten med kuddar, så att han kunde sitta vid ett bord istället.

Ibland hade nattpersonalen haft en svår situation att lösa, och då kunde de berätta mycket uppsluppet om hur de faktiskt löst situationen. En bra lösning var alltid en där de på något sätt kunde bidra till att patienten fick det bättre.

Vart tog kvalitetssäkringsarbetet vägen?

Under tiden för min observation på avdelningen såg jag ingen använda kvalitetspärmerna. Jag hörde inte heller någon prata om den. Efter att ha letat en stund, en av de första dagarna av min observation, hittade jag pärmerna i en hylla inne hos avdelningsföreståndaren, dvs den ansvariga sjuksköterskan. Jag frågade flera i alla personalkategorierna om kvalitetspärmerna och om de hade sett och/eller läst den eller åtminstone hört talas om den. Jag fick lite olika svar därvidlag, men jag kunde klart konstatera att det inte var en självklarhet bland personalen att känna till den eller ha arbetat med den. Det fanns flera i personalen, bla en av läkar-sekreterarna som varken hade en aning om vad organisationsgranskningen var för något eller hade hört talas om kvalitetspärmerna. Av dem som hade hört talas om den var det bara någon enstaka som hade bläddrat i den.

Att jag inte hittade organisationsgranskningspärmerna på avdelningen innebar ingalunda att jag inte såg andra standarder eller rekommendationer över hur vissa arbetsmoment skulle genomföras. Mitt emot receptionen satt två A4 sidor fastklistrade på en skåpdörr. Den ena hade rubriken *behandling enligt vårdplanen* och den andra *rutinbeskrivning*.

På dessa A4-sidor fanns i punktform angivet just vad behandling enligt vårdplanen innebar och hur en rutinbeskrivning skulle göras. Det fanns en hel del pärmar och böcker med konkret information om tex sårvård, vilken var ett av avdelningens problem, eftersom många av diabetikerna lätt får sår som är svårbehandlade.

I ett samtal med avdelningsföreståndaren frågade jag om de på avdelningen hade arbetat medvetet med kvalitetsmanualen. Jag fick ett mycket rakt nekande svar med förklaringen att det är så mycket annat som pockar på i det dagliga arbetet: ”Vi hinner inte ens med det vi behöver hinna med, det kräver tid att arbeta med kvalitetsstandarder och vi sätter hantverket med patienterna först.” Avdelningsföreståndaren berättade vidare att just i vården gav yrkesrollen mycket trygghet förutom att erfarenheten i arbetet gav personalen deras säkerhet, ”de vet helt enkelt av erfarenhet vad de skall göra och det är en säkerhet för patienterna”. Däremot menade hon att det skulle reducera patienternas säkerhet, om personalen hade börjat avsätta mycket tid åt att arbeta med dessa kvalitetsstandarder som organisationsgranskningen krävde. Hon uttryckte det som så att ”detta är en pappersdokumentation och för vem?”. Det visade sig att hon själv fyllt i organisationsgranskningsdokumenten och på det sättet faktiskt besparat sin personal besväret.

Efter denna första observation på vårdgolvet kände jag mig något förvirrad över det faktum att jag inte hade sett kvalitetssäkringsarbetet ute på avdelningen. De som ansvarade för införandet av organisationsgranskningen centralt på sjukhuset hade ju sagt att kvalitetssäkringsarbetet skulle *genomsyra* hela organisationen. Att så inte var fallet på Gemyten kunde jag besviket konstatera. Nu var jag nyfiken på vad jag skulle komma att se vid nästa observation. Kirurgi är en annan specialitet och det föreföll rimligt att såväl arbetssätt som kvalitetssäkringens synlighet skulle skilja sig från medicinklinikens.

Avdelningen ”Hurten” på kirurgen

Den avdelning på Kirurgiska kliniken där jag gjorde min andra observation, påminde om avdelningen Gemyt på medicin på så sätt att det också var en ”vanlig” vårdavdelning med 23 vårdplatser. Även

lokalmässigt var avdelningarna lika, dvs sjuksalar längs en lång sjukhuskorridor med en reception en bit in och matsal och allrum i slutet av korridoren. På Hurten låg patienterna i allmänhet intagna i några dagar till en vecka. De togs in efter en ställd diagnos, opererades, fick eftervård och, i okomplicerade fall, skrevs ut. Patienternas kondition var varierade även om de flesta var rätt pigga när de skrevs in, mådde betydligt sämre först efter operationen för att sedan hämta sig innan de skrevs ut. Det fanns dock en viss skillnad mellan patienter som kom ”utifrån” och dem som kom ifrån andra vårdinrättningar, där de sistnämnda ofta var i sämre kondition redan från början.

Inom avdelningen fanns två subspecialiteter vilket gjorde avdelningen, i princip, uppdelad på två underavdelningar, som vi kan kalla X och Y. Dessa underavdelningar upptog varsin halva av korridoren. De två underavdelningarna var organiserade på olika sätt. X hade en organisation som liknade den på Gemyten, där undersköterskor och sjuksköterskor arbetade tillsammans i lag. På Y-halvan arbetade däremot endast sjuksköterskor i själva omvårdnaden, och de arbetade i två lag om två sjuksköterskor som hade halva underavdelningen som sitt ansvarsområde. I övrigt var det ungefär lika många anställda vid Hurten som på Gemyten med den skillnaden att på Hurten var det fler sjuksköterskor och färre undersköterskor.

Avdelningen, som låg i en av flyglarna till centralblocket, gav ett mycket fräscht och öppet intryck. I det gemensamma köket som låg nära receptionen i ett stort ljusstarkt rum avlöste skämt, diskussioner och snabba repliker varandra under kaffe- och lunch-rasterna, när alla personal-kategorier samlades runt det långa fikabordet med en färgglad duk på.

Till denna avdelning kommer jag...

Kl 7.00 en måndagsmorgon

och går in längs korridoren. Personalen jag möter i korridoren ser pigga och vaken ut nästan lite ”rosiga” om kinderna. De rör sig snabbt in och ut och mellan salarna. En patient med svarta streck ritade på ena benet går raskt iväg till duschen. Jag går in i personalrummet och tar på mig min rock med den blåa innerfickan och går ut i receptionen.

Morgonsamlingen

på Hurten ägde rum i receptionen som var mycket trevligt inredd med låga bänkar med en liten förhöjning ut mot korridoren. På bänken stod blomkrukor och små lampor som gick i färg med såväl varandra som med textilier som fanns i receptionen. På morgonen samlades personalen i receptionen till morgonsamling. Vanligtvis satt alla som deltog i morgonrapporten på Hurten ner och även om den inte verkade särskilt formell, tyckte jag att morgonsamlingen på Hurten föreföll en aning mer strukturerad än på Gemyten. Det var som om personalen var mer målmedveten i sitt rapportering. De två underavdelningarna hade sina egna morgonsamlingar varvid man satte sig tillsammans och bildade små grupper i receptionen. Telefonen ringde oftast intensivt under morgonrapporten och personalen turades om att resa sig och svara. Ofta var det sjuksköterskorna som svarade och oftast kunde de klara av ärendet rätt snabbt, men det blev trots allt ideliga avbrott och ibland var det inte helt lätt för sjuksköterskorna att lösa de problem de ställdes inför:

Jag ställer mig då vid sidan av den ena sittande gruppen, det ringer och en av sjuksköterskorna svarar – hon lyssnar en stund sedan utbrister hon: ”Men vi kan inte ta hand om någon hund här!”...sjuksköterskan sätter sig igen och säger: ”Det var en kennel som ringde, de vill inte ha en patients hund längre så de tänkte helt sonika lämna den till sjukhuset” – hon ser skakad ut men fortsätter med morgonrapporten.

Det visade sig att patientens familj inte ville ha med hunden att göra och sjuksköterskan fick ringa patientens släktingar, ordna hundvakt, beställa taxi, kontakta kurator samt distriktsvården dit patienten sedan skulle. Det är möjligt att hon ringde ännu fler samtal, medan jag var iväg och ”skuggade” hennes kollega ute på salarna. Men varje gång jag var ute i eller passerade receptionen igen, passade jag på att lyssna in mig på sjuksköterskans samtal. Jag fann det helt fascinerande att någon i sin roll som sjuksköterska kunde plötsligt stå som ansvarig för en främmande hund. Att hon dessutom, trots en viss olust, verkligen försökte lösa situationen, tyckte jag var imponerande. Detta ärende höll hur som helst sjuksköterskan sysselsatt under större delen av förmiddagen.

I receptionen en operationsdag

är det febril verksamhet överallt när jag kommer på morgonen. Det både ringer och piper i receptionen och alla verkar ha mycket att administrera.

På operationsdagarna hade personalen fullt upp med att ordna listor, pärmar, remisser, blanketter och annat som var nödvändigt för att skriva in de nya patienterna. Dessutom brukade telefonen ringa i ett när den inte var upptagen av någon av personalen, som ringde själv för att reda ut frågetecken om patienter, beställa tider och medicin osv. Sjuksköterskorna blev ideligen avbrutna i sitt arbete – av allt och alla andra.

Sorlet i receptionen är påfrestande och jag räknar till åtta sjuksköterskor, en undersköterska, en undersköterskeelev, en sjuksköterskeelev, 3-4 stycken kandidater samt tre läkare som alla springer ut och in i samt runt den lilla receptionen – flera små grupper som konfererar har skapats och de sitter och står lite varstans – avdelningssjuksköterskan kommer då och då ut i receptionen och förhör sig om hur olika personer kan/vill arbeta, ty hon håller på att sätta schema för nästa arbetsperiod – en anestesiläkare dyker upp för att förbereda sig för sina uppgifter – en undersköterska och hennes elev kommer för att leta efter en patients papper i receptionen – mitt i allt går städerskan och städar – plötsligt stannar fläkten upp – det blir egendomligt tyst när detta annars konstant malande muller, som ackompanjerat kaoset, tystnar.

I receptionen på Hurten rådde nästan konstant febril aktivitet. Mycket av pappersarbetet som att fylla och tömma patientpärmarna genomfördes ofta då patienterna inte låg särskilt länge inskrivna (jämfört med på Gemyten). Inskrivningar utskrivningar och operationer förde med sig en mängd administrativa göromål för alla personalkategorier.

Telefonen ringer – det är från OP – en patient på Y-sidan är klar och skall hämtas därifrån. Sjuksköterskan som tog samtalet springer iväg till Y-halvan för att säga till – hon kommer tillbaka fläsande – ”hälften av dem är på ett möte och de två andra har en mycket sjuk patient att ta hand om”.

Situationen blev mycket stressad eftersom ingen annan verkade kunna gå in och hjälpa till. I samma veva ringde någon från röntgen och klagade över en ofullständig remiss.

Jag känner mig själv stressad av att se på denna röriga reception, där alla verkar hålla på med allt samtidigt som de hela tiden blev avbrutna.

Min spontana reaktion var att det måste gå att organisera det här kaoset på något sätt. Jag upplevde det som om det saknades någon särskild person för att ta emot och administrera uppgifter och meddelanden. Detta skedde hela tiden ad hoc vilket skapade en kaotisk stämning.

I receptionen på Hurten

verkade inte namnbrickorna ha en lika central roll som på medicinen. I stora drag verkade dock receptionen på Hurten tjäna samma syfte som på Gemyten, dvs att vara en arbetsplats för alla administrativa göromål samt att utgöra en informationscentral både inåt och utåt.

En patients släkting kommer till receptionen och frågar efter patientens plånbok och nycklar – hon förklarar att patienten kommit till avdelningen från akuten och att ingen vet om han hade plånbok och annat med sig dit eller till avdelningen. En sjuksköterska från patientens korridorshalva som råkar vara i receptionen för att fylla i listor tar itu med problemet och ringer till akuten – de vet inget om patientens tillhörigheter.

Till slut, efter ett antal telefonsamtal visade det sig att personalen på det behandlingshem där patienten bodde hade tagit hand om nycklarna och plånboken när han åkte in på sjukhuset, och sjuksköterskan fortsatte med sina listor.

Nu ringer telefonen igen och sjuksköterskan svarar, hon lyssnar håller sedan för luren vänder sig in mot receptionen och säger ”det är patienten xx han skrevs ut härifrån i helgen – han ringer nu och vill ha hjälp – vem kan honom?”. En av undersköterskorna på X sidan säger att de är inne på sal 5 och springer iväg för att få fatt på någon som kan ta samtalet.

Jag konstaterade att det uppstod konstiga situationer, när patienter anhöriga och/eller personal utifrån kom till receptionen och ville ha hjälp och ingen på ”dennes sida” som det gällde fanns på plats. Det kunde vara fullt av personal i receptionen och ändå fanns det ingen som kunde svara.

Inför operation

går undersköterskan in till en patient som skall opereras. ”Är du nervös?”, frågar hon, samtidigt som hon låser in patientens saker i ett skåp och lägger nyckeln i ett plastarmband som hon sedan fäster på patientens arm. Nu dyker sjuksköterskan också upp och hon och undersköterskan hjälps åt att pyssla om patienten. De är mycket ömsinta och omhändertagande: De klappar om patienten och frågar hur hon mår, ”allt skall nog gå bra skall du se”, säger sjuksköterskan samtidigt som hon lutar sig ned över patienten och stryker henne över armen. Nu tar de bromsen av sängen och rullar ut sängen iväg ner till operationsavdelningen. Där lämnas patienten och patientpärmen över till en operationssköterska som kontrollerar att det är rätt patient, innan hon rullar in patienten på plats i ett slags väntsal inför operationen.

Uppe på avdelningen igen upprepades hela proceduren för nästa patient som skulle ner till operationsavdelningen, tills alla patienter som skulle iväg den dagen var klara. Senare på förmiddagarna levererades eller hämtades sedan patienterna upp igen från intensivvårdsavdelningen (IVA) en efter en. När en sjuksköterska från IVA kom upp med en patient, lämnade hon över honom/henne med en muntlig rapport till en av de sjuksköterskor som hade ansvar för den delen av korridoren. När sjuksköterskor från Hurten hämtade patienterna fick de muntlig rapport på IVA.

En undersköterska

tar syrevärdet på en patient samtidigt som sjuksköterskan gör i ordning dropp – nu hjälper undersköterskan patienten så att han kan tvätta sig och hon springer iväg för att hämta tvål och tandborste. Medan patienten gör sin morgontoalett bäddar undersköterskan sängar på nästa sal. Hon byter urinpåse på en annan patient och hjälper honom att komma upp och tvätta sig. Undersköterskan springer emellan ett par salar – ut med smutsvätt in med en tallrik fil – och hjälper patienter med frukost och morgonbestyr.

Sjuksköterskorna på Y halvan

arbetade utan undersköterskors hjälp i omvårdnaden, då den delen av avdelningen hade frångått att ha undersköterskor. I stället arbetade fyra till fem sjuksköterskor i taget på den halva korridoren. Jag säger fyra till fem för att trots att de generellt sätt var fyra, hade flera av sjuk-

sköterskorna olika deltider och överlappade mellan olika skift. Sjuksköterskorna var uppdelade på lag om två som hade ansvar för ett visst antal patienter, som de läste in sig på och skötte i all omvårdnad. Fördelen med detta uttryckte en av sjuksköterskorna som så:

”Jag tycker att det är positivt att arbeta såhär – vi kommer närmare patienterna eftersom vi också utför de där vardagsnära sysslorna förutom att det är lättare när man har så få patienter att få kontakt med dem.”

Sjuksköterskorna på Y menade att alla de basala sysslorna som att bädda och hjälpa patienterna med vardagsbestyr gav större kunskap och förståelse för patienten samt att denna närhet dessutom gjorde arbetet roligare. De var två som tog hand om några av patienterna eller halva Y-delen av korridoren. Två andra sjuksköterskor tog hand om den andra halvan. Det faktum att sjuksköterskorna på Y endast läste in sig på hälften av patienterna på den halvan av avdelningen, gjorde att de inte visste så mycket om de övriga patienterna. De två sjuksköterskorna som arbetade i lag gick igenom sina patienter tillsammans och planerade morgonsysslorna:

”Jag kan ta förband och dusch på 5:1”, säger den ena sjuksköterskan, ”hon har haft ont av sina bandage på natten – kan du kolla det?” svarar den andra.

Sjuksköterskorna brukade anteckna olika stickord i sina block beroende på vilka göromål som gällde för dagen: hemresa, bandage, snitt, mediciner, MB och MS.

Sjuksköterskan går in till patienten som skall få nytt bandage och hjälp att duscha. Sjuksköterskan småpratar med patienten i lugnande tonfall medan hon byter bandaget. Det låter mjukt och omhändertagande. – ”Jag lägger om såret på ett annat sätt nu med en kompress jag klippt till så får vi se om det blir bättre.” När patienten är i duschen går sjuksköterskan ut i receptionen för att fylla i listor. Hon dokumenterar bland annat bandageombytet i patientens pärm. Nu är det dags att gå med mediciner till en av patienterna. Ett byte till av bandage och en injektion på samma sal. Injektionssprutan ligger redan på en liten pappersbricka vid patientens säng när vi kommer dit. Kanske har den andra sjuksköterskan lagt dit den?

Den andra sjuksköterskan gjorde också i ordning den medicin som delades ut, vilket tydde på att de två sjuksköterskorna trots allt hade

någon sorts arbetsfördelning sinsemellan fast jag upplevde den som diffus.

När nya patienter skrevs in hade sjuksköterskorna fullt upp att skriva och bläddra i pärmar samt ordna praktiska ting för de nya patienterna. De tvättade också patienternas sängar, bäddade, tvättade nattduksbord osv.

Sjuksköterskorna blev ständigt avbrutna i sina sysslor av folk som kom eller ringde utifrån och ville ha olika slags information och hjälp. Det dök ständigt upp nya problem som behövde lösas samtidigt som sjuksköterskorna försökte genomföra sina dagliga sysslor.

Efter lunchen rapporterar de två sjuksköterskorna sinsemellan om vad som behöver göras härnäst, när en sjuksköterska från andra halvan av Y kommer springande och säger: ”En patient inne på 5:an behöver hjälp.” Sjuksköterskorna avbryter sitt samtal och rusar iväg för att lägga om patienten. De pratar vänligt med honom och berättar vad de skall göra, då en undersköterska från X halvan dyker upp och säger att en patient som skrivits ut i helgen har ringt receptionen och vill ha hjälp: ”Det är bara ni som kan honom”, och en av sjuksköterskorna springer ifrån för att ta samtalet.

Ronden

på Hurten var normalt sett vid halv nio-tiden, en aning tidigare än på Gemyten. Man gick två ronder, en för varje underavdelning:

Med mig inräknad är vi sju som går rondan. Två läkare, tre läkarkandidater, sjuksköterskan och så jag. Vi går raskt till första salen och in allihopa. De två läkarna tar var sin patient och hinner således med två patienter i taget. Jag hinner inte höra på dem båda. Sjuksköterskan påpekar och tolkar fakta åt läkarna efter någon för henne och läkaren självklar rutin: ”Går det bra?”, ”hur är det?” samt ”det ser ju bra ut det här”, är några av läkarnas standardfraser till patienterna. Vi susar in och ut ur sjuksalarna och plötsligt är alltihop över och pärmarna, sjuksköterskan och jag står åter i receptionen.

Ronden gick otroligt snabbt på Hurten. De fakta som sjuksköterskorna försåg läkarna med var mest av den formella eller tekniska sorten, dvs diagnos behandling, värden osv. Det mesta av informationen var strukturerat i termer av före och efter operationen. Sociala aspekter diskuterades endast i mycket få fall. De flesta besluten verkade avse när patienten kunde tänkas skrivas ut.

På Hurten fanns en eftermiddagsrond också. Den gjorde läkarna för att titta till de patienter som de opererat under förmiddagen och som kommit ner från postoperationssalen.

Mellan 15 och 15.20 dyker läkarna upp igen. De ser något slitna ut – förmodligen efter sina operationer. En sjuksköterska berättar om patienterna. De går en ny rond för att läkarna skall se de nyopererade patienterna, innan de går hem för dagen.

På Y halvan hade personalen även en så kallad sittrond en gång i veckan, när den övergripande planeringen gjordes. Det kallades rond fast patienterna inte var med utan bara deras pärmar eller remisser. Utvalda representanter för de olika personalkategorierna samlades i konferensrummet och satte sig tillsammans.

En av läkarna håller i pärnarna och sjuksköterskan fyller på med information gällande sina patienter, när de går igenom patientplats för patientplats. ”Hur många patienter är det på avdelningen i nästa vecka?” frågar överläkaren en av sjuksköterskorna. Hon redogör för dagsläget och så diskuterar de vilka patienter som avdelningen skall ta emot respektive skicka till andra avdelningar samt hur många som skall tas in utifrån.

Diskussionen var i termer av antal patienter, operationer och platser i något slags input- outputresonemang som fick mig att associera till en fabrik. Ibland var det nödvändigt att försöka skriva ut patienter från avdelningen som egentligen inte var riktigt färdigbehandlade för att kunna skriva in nya patienter som väntade på att bli opererade. I dessa lägen kunde läkarna och sjuksköterskorna tillsammans bli rätt kreativa på att bli av med sina patienter genom att exempelvis skicka dem till vårdhem eller till andra avdelningar inom sjukhuset för fortsatt eller kompletterande behandling.

Att det ibland blev fel

märktes exempelvis när

telefonen ringer – sjuksköterskan svarar, hon lyssnar och säger: ”Oj då” – sedan håller hon för luren vänder sig mot den andra sjuksköterskan som är i receptionen – ”det är från röntgen de klagar över en ofullständig remiss .”

Läkaren som fyllt ut remissen hade vid det laget gått, och det fanns ingen annan som kunde rätta till misstaget. Resultatet blev att röntgen skickade ner patienten utan att genomföra röntgenundersökningen. När jag hörde detta samtal med röntgen kom jag på att jag tidigare på dagen hade sett upptakten till denna situation. En läkare satt och fyllde i remissen när han blev kallad till en av sjuksalarna av en sjuksköterska, som ville att han skulle titta på ett operationssår som verkade irritera. När han kom tillbaka lade han över remissen i färdiga remisser korgen utan att den var färdigifylld. Det blev i slutändan så att hela proceduren fick göras om dagen efter, och det kostade en hel del merarbete eftersom hela patientens tidsplan kom av sig.

På sittronden diskuterades lite allmänt om hur avdelningen fungerade och då var det någon som tyckte att det var synd om patienter som hade ont. De var tvungna att vänta på morgonmedicinutdelningen för att få sina tabletter och undrade om man inte skulle kunna lägga in en extra medicinutdelning för de patienter som behövde det. Då opponerade en av sjuksköterskorna sig starkt och påpekade att det bäddade för misstag och lade till att ”det blir redan så många misstag ändå”.

En av sjuksköterskornas uppgifter på Y-halvan var att prata med patienter och informera dem om den instundande operationen. Detta skedde enligt en manual eller broschyr sjuksköterskan hade som mall för samtalet, vilket ägde rum i ett särskilt samtalsrum som fanns på avdelningen. Oftast gick dessa samtal utan större problem, men en gång blev jag vittne till att en ny patient inte ville höra talas om att operationen skulle bli så omfattande som det stod i hennes journal. Det uppstod en mycket obehaglig situation för sjuksköterskan, där hon till slut fick ge upp och låta patienten fortsätta tro vad hon ville. I just detta fall hade ett par moment gått snett: Dels hade läkaren som lovat patienten en mindre omfattande operation än vad hennes diagnos egentligen påkallade glömt att dokumentera beslutet, dels hade patienten nonchalerat ett informationsmöte i öppenvården som alla patienter av hennes slag kallades till.

Arbetsfördelning

Fördelning av arbetsuppgifter, befogenheter och behörigheter var på Hurten som på Gemyten för det första beroende av personalkategori och för det andra av vilket skift en person arbetade på och för det tredje på vilken sida av korridoren. På båda avdelningarna strukturerades arbetet runt antingen omvårdnadsrutiner (patienten) eller administration (dokument). Rent fysiskt var avdelningarna uppbyggda runt omvårdnadsrutinerna och patienterna, men i praktiken var det mycket tid som gick åt till administration, vilken lokalerna inte riktigt var avsedda för.

På båda vårdavdelningarna föreföll personalen veta vad som skulle göras utan att i någon större utsträckning gå efter manualer eller skriftliga instruktioner. I samtal med sjuksköterskor och undersköterskor framkom att de hade med sig en grundmall för hur arbetet skulle utföras från utbildningen. Jag blev själv vittne till hur både sjuksköterske- och undersköterskeelever insocialiserades i sina arbetsroller och de rutiner som rollen innebar på avdelningen genom att följa en utexaminerad kollega i hennes/hans arbete.

Även om många rutiner var återkommande som exempelvis att dela ut mediciner, matbrickor eller termometrar, påverkades dessa rutiner dock av patienterna. Patienterna skulle ha olika mediciner, olika dieter, äta på olika ställen och hade olika mycket feber. På medicinen var det slående hur olika sysslor och insatser fick individanpassas, medan det på kirurgen var frågan om ett något mer standardiserat och snabbt omvårdnadsförlopp.

Vart tog granskningen vägen?

fick jag anledning att undra över en dag...

när jag kom satt personalen runt fikabordet och pratade om granskningen. Vad då vad då frågade jag – ”jo, de skall granska oss senare i eftermiddag”, var det någon som sa. ”Ja, den granskningen för hela sjukhuset alltså – de skall komma hit till kirurgen vid 13-tiden, ja, någon sa att de hade valt vår avdelning.”

Det var fler än jag som blev uppjagade av detta faktum. ”Vad förväntas av oss?” och ”vad skall vi göra?”, undrade sjuksköterskorna och undersköterskorna. Läkarna verkade dock tämligen oberörda. Detta var

faktiskt första gången jag hörde talas om granskningen under min observation. Jag ville därför vara säker på att vara på avdelningen när de kom. Därför bestämde jag mig för att inte följa några patienter till röntgen eller så.

Efter fikapausen arbetar undersköterskan fortfarande med listor och jag sitter i receptionen och följer det som händer där samtidigt som jag väntar på att granskningen skall ”drabba” avdelningen...klockan har nu blivit 13.30 utan att någon granskning har dykt upp...en del av personalen dvs några sjuksköterskor kommer förbi och säger hej då – de skall iväg till IKEA för att storhandla – porslin till köket, lampor och diverse prylar till personalrummet...klockan är drygt 15 och läkarna dyker upp igen – de skall gå eftermiddagsrond.

Vid det laget insåg jag att ingen granskning skulle komma den dagen. Jag fick senare veta att visst hade granskningsteamet kommit till kirurgen men mest stannat på en administrativ nivå, och sedan hade de tittat in på en annan avdelning. Det var en djup besvikelse för min del.

I övrigt syntes inte organisationsgranskningen mer på Hurten än på Gemyten – snarare tvärtom, jag hittade exempelvis inte kvalitetspärmen förrän jag frågade efter den, för den fanns på ett så undanskymt ställe. Det var dock fler på kirurgen som hade hört talas om organisationsgranskningen, även om organisationsgranskningsdokumenten hade blivit ifyllda av avdelningssköterskan som på Gemyten. Trots att det fanns en hel del skillnader i arbetssätt och tempo på de två klinikerna/avdelningarna, var synligheten av organisationsgranskningen – eller rättare sagt bristen därpå – densamma på avdelningarna. Det gick inte att se kvalitetssäkringsarbetet i de dagliga rutinerna på avdelningarna. De ansvariga föreföll se organisationsgranskningen som ett rent administrativt arbete, som det dagliga arbetet snarare behövde skyddas ifrån.

Den externa granskningen genomfördes som påpekats ovan under min observation på Hurten, men jag fick inte observera granskarna i deras arbete, dvs jag fick inte ”skugga” dem och fick heller inte reda på var och när de skulle genomföra sin granskning. Deras besök på kirurgen gick jag miste om, då de aldrig kom ut på den avdelning där jag genomförde min observation.

Här slutade mina observationer på medicinen och kirurgen. Granskningsteamet skrev en rapport om resultatet av granskningen,

vilken först lämnades i muntlig och sedan i skriftlig form i januari 1995. Information om den externa granskningen fick jag via rapporten och intervjuer med projektsekreteraren samt representanter från kvalitetsrådet på sjukhuset.

Vad blev det av idén på sjukhuset?

Den externa granskningen

Kvalitetssäkringar är en form av egenkontroll, vilket innebär att det är sjukhusen själva som utför den löpande interna kontrollen och att den utifrån kommande granskningen sedan genomförs, dels för att säkerställa att ”allt går rätt till”, dels framför allt för att en extern part skall ha intygat kvalitetsarbetet. När det gäller King's Fund's Organisational Audit genomförs den årliga huvudgranskningen av en extern grupp, sammansatt av personal från andra sjukhus som har fått utbildning i granskningsförfarandet. Sedan finns det i sin tur personal från Universitetssjukhuset i Lund som utför granskningar på andra sjukhus. På så sätt man påstå att ”man granskar varandra” inom en tämligen sluten grupp.

Ute på klinikerna ägde de flesta kvalitetssäkringsaktiviteterna rum runt granskningarna. Det var inför den externa granskningen som alla dokument, dvs de olika delarna av kvalitetsmanualen, blev ifyllda. Den ifyllda kvalitetsmanualen sågs sedan över vid den interna granskningen och eventuella fel och brister påpekades, så att de skulle kunna åtgärdas inför den externa granskningen.

Den externa granskningen ägde rum under loppet av fem dagar i november 1994. De fem granskarna besökte sammanlagt femtio enheter (enhet = i de flesta fall en klinik). Varje klinik besöktes i genomsnitt 1.5 timmar av någon av granskarna. Enligt granskningsrapporten, genomfördes intervjuer med ledningen för samtliga enheter ”men också med annan personal som granskarna träffade i samband med sina besök

på de olika enheterna” (granskningsrapporten s 4). Granskarnas bedömning gjordes utifrån dessa intervjuer/möten, varje enhets skriftliga svar på frågorna i kvalitetsmanualen samt annat skriftligt material de fått tillgång till. Det påpekas dock i rapporten att *medicinsk kvalitet* eller *resultat* inte ingår i granskningen.

Granskningsrapporten

Rapporten lägger stor vikt vid att verksamhetens idé, inriktningar och mål inte är tillräckligt tydliga. Detta tema återkommer under flera rubriker i rapporten men är som klarast under rubriken: Verksamhetsinriktning och mål:

Ett utvecklings- och förändringsarbete med syfte att effektivisera sjukhusets verksamhet pågår. För att lyckas med detta arbete, och den dagliga verksamheten, är det nödvändigt att ha en tydlig verksamhetsidé, och en lika tydlig inriktning av verksamheten. Syftet med sjukhusets verksamhet måste framgå på ett klart sätt. (s 7)

De rekommendationer som granskningsteamet gav sjukhusledningen var bland annat att

verksamhetsidén måste förbättras och tydliggöras.

samt att

verksamhetsidén bör kompletteras med mätbara mål och att alla enheter bör vara delaktiga i framtagningen av verksamhetsidé, policy och strategier. (Ibid)

Kvalitetssäkringsarbetet kopplades således ihop med de förändringar som sjukhuset höll på och genomförde i syfte att effektivisera arbetet inom sjukhuset. Det är intressant att notera att det i rapporten ses som en självklarhet att kvalitetssäkringen skall bidra till och inte ifrågasätta eller motverka effektiviseringen.

Likaledes är det förvånande att ingen av dem som arbetade med kvalitetsgranskningen reagerade på kravet om att ett universitetssjukhus måste klargöra sin verksamhetsidé och syftet med sin verksamhet. Universitetssjukhuset i Lund byggdes upp på begäran av staten för att ge vård åt landets medborgare samt bedriva utbildning och forskning – vilka andra verksamhetsmål skulle ett universitetssjukhus kunna ha? Ett

sjukhus har knappast många verksamhetsidéer att välja mellan och är sällan uppbyggt runt en annan idé än den att just fylla ett vårdbehov.

Enligt kvalitetsgranskningsrapporten var granskningen inriktad på att utvärdera *hur* sjukhusets arbete genomförs och inte *vad* sjukhuset ägnade sig åt. Detta gäller även verksamhetsidén – granskningens kritik av brist på verksamhetsidé antyder att det viktiga egentligen inte var vad sjukhuset gjorde utan hur de presenterade sig utåt.

Vad blev det av Lundamodellen?

Efter den externa granskningen och utvärderingen (1995) gjordes inte något uppföljningsarbete på Universitetssjukhuset i Lund. Det kvalitetsråd som instiftats 1992 omvandlades 1994 sedan mandatperioden hade gått ut. Efter den omvandlingen dog såväl kvalitetsrådet som de centrala initiativen till kvalitetssäkring på sjukhuset ut. Organisationsgranskningen som sådan blev inte någon framgång på sjukhuset, och eftersom implementeringsprocessen endast resulterade i en enda granskning och utvärdering kan Lundamodellen beskrivas mer som ett projekt som genomfördes och avslutades än en pågående process. Ny sjukhusdirektör, politiska omprioriteringar och en eventuell brist på förankring ute på klinikerna nämndes som anledning till att Lundamodellen inte fungerade. Det blev heller ingenting av Socialstyrelsens intentioner att använda organisationsgranskningen som en nationell kvalitetssäkringsmodell, då Lundamodellen inte hade fallit så väl ut.

Ledde Lundamodellen till några förändringar på Universitetssjukhuset i Lund? Svaret måste bli både ja och nej. Å ena sidan finns det inga bestående rutiner kvar av själva organisationsgranskningsförfarandet. Å andra sidan har organisationsgranskningen förmodligen ändå påverkat sättet att handla för vissa personer. Förutom att kvalitetssäkringar blev en del av retoriken på lednings- och administrativ nivå, har det blivit märkbart viktigare att dokumentera allt arbete och dess resultat på sjukhuset. Detta kan, i alla fall delvis, vara en påverkan från organisationsgranskningsmodellen som har ”varit inne” på sjukhuset och ”vänt”. Det finns dock fler reformer än kvalitetssäkringar som genomfördes på sjukhuset vid den här tiden som exempelvis *resultatenhets-*

budgetering vilka också resulterar i ökad dokumentation, och det kan vara svårt att veta exakt vilken reform det är som manifesterar sig i det ökade pappersarbetet ute på vårdavdelningarna.

Slutsatsen blir att kvalitetssäkringsarbetet inte var direkt synligt ute på de två avdelningarna på medicinska respektive kirurgiska kliniken. Med direkt synlig menar jag att även sådant arbete som skulle kunna tolkas som en effekt av kvalitetssäkringen, som exempelvis ökad dokumentation, inte kopplades till kvalitetssäkringen av dem som utförde arbetet. Observationerna indikerar tvärtom att alla inte ens visste att kvalitetssäkringsarbete pågick på sjukhuset över huvudtaget.

En fråga som uppstod var om jag hade haft otur att hamna på just de två avdelningar där kvalitetssäkringen varit minst synlig. När jag senare vände tillbaka till ett par av de ansvariga för kvalitetssäkringsarbetet på Universitetssjukhuset i Lund och berättade om resultatet av mina observationer, dvs att jag inte lyckades se kvalitetssäkringsarbetet eller konsekvenserna av det direkt i arbetet på vårdavdelningarna fick jag följande svar:

”Jag kan tänka mig att du inte såg pärm utav det, för på avdelningarna hade de sina avsnitt som de skulle besvara om regelverket. För egentligen, organisationsgranskningen går ut på att det är organisationen, och inte enskilda personer du skall granska.”

Detta indikerar att det skulle finnas en möjlighet att det lokalt bara arbetades med delar av kvalitetsmanualen. Vidare kommentarer var:

”De flesta klinikerna hade ju sina grupper internt som de då valde ut nyckelpersoner till. Jag tror att de flesta var nog arbetsledande personal – om du tänker dig staber som finns ute på klinikerna, administrativa staber av personalsekreterare och vårdutvecklare och utbildare tex.”

och

”Och på vissa kliniker kan jag säga dig så kom det aldrig ut på den nivå det skulle, för man satt i någon garderob och fyllde i det.”

Det kan med andra ord finnas kliniker och avdelningar där kvalitetssäkringsarbetet var mera synligt än vid mina observationer, men det verkar som de två avdelningar som observationerna genomfördes på ingalunda tillhörde undantagen. En utvärdering (Edgren och Tsakiris, 1995; Sprirapport 414, 1996) gjord av två utomstående konsulter

bekräftar att flertalet anställda inte direkt deltagit i att svara på kvalitetsmanualens frågor. Enligt en enkätundersökning som skickades till 191 personer på sjukhuset varav 149 svarade på enkäten, var det en tredjedel som hade deltagit direkt i organisationsgranskningsarbetet. En tredjedel är dock en betydligt högre siffra än mitt material indikerar. Det är svårt att göra sig någon exakt uppfattning om varför våra resultat skiljer sig. Att min observation och utvärderarnas undersökning rört sig på olika nivåer i organisationen är dock en möjlig förklaring. Ytterligare en förklaring kan vara en möjlig snedfördelning av aktiva och icke aktiva mellan dem som svarade respektive icke svarade på enkäten.

Som en fortsättning av omtolkningen av kvalitetssäkringsidén har en ny modell, Landstingsförbundets QUL-modell (Qualitet, Utveckling och Ledarskap), införts på Universitetssjukhuset i Lund under 1998. Detta kvalitetsarbete har inte ingått i min studie. Jag har dock av mina kontakter på sjukhuset förstått att QUL-modellen har varit mera påtaglig ute på klinikerna än vad organisationsgranskningen var. Bland annat har jag fått kommentarer från läkare som arbetar på vårdavdelningar om att de ser sig "tvingade" att arbeta med QUL fast detta arbete tar mycket tid. Dessa kommentarer indikerar dock att läkarna ute på avdelningarna rent generellt skulle vara mera engagerade i QUL-modellens införande än de var i organisationsgranskningen/ Organisational Audit alias Lunda-modellen.

Vad blev det av idén bland idébärarna?

Från trend till lag

Under den tid som kvalitetssäkringsprocessen ägde rum på Universitetssjukhuset i Lund, 1992-1995, hade kvalitetssäkringar av något slag blivit mer regel än undantag inom sjukvården i Sverige. Metoder och modeller varierade däremot. Organisational Audit provades på sammanlagt tolv sjukhus, ISO-9000 dök upp på flera sjukhus framförallt på kliniknivå,

ackrediteringar av laboratorier ökade lavinartat och flera kliniker anmälde sig till SIQ:s (Svenska institutet för kvalitet) tävling. Landstingsförbundet förberedde sin egen modell QUL (Qvalitet, Utveckling, Ledarskap) som bygger på SIQ:s USK (Utmärkelsen Svensk Kvalitet). Deras kvalitets-säkring skall kunna användas såväl för självvärdering som extern värdering och användarna kan delta i en tävling med grundprincipen att endast en ”vinnare” får utmärkelsen för bäst kvalitet. Dessutom hade medicinförbunden blivit uppmanade av Nationella Samrådsgruppen att ta fram egna medicinska indikatorer för att arbetet inom specialiserings-kompetenserna skulle kunna jämföras. Kvalitetsarbeten hade även initierats från vårdgolvet och på så sätt kommit att utgöra lokala varianter, som exempelvis kvalitetscirklar bland undersköterskor i Norrbotten.

Trots den breda floran av kvalitetsarbete på olika nivåer ute på sjukhusen och andra vårdinstanser ansåg Nationella Samrådsgruppen att det ökade engagemanget för kvalitetssäkringar inte i tillräcklig utsträckning hade stöd av chefsöverläkare och administrativ ledning. Nationella Samrådsgruppen kom fram till att det saknades ett *styr-instrument* som även gav beslutsfattarna och de medicinska cheferna incitament att arbeta med kvalitetssäkringar:

”Så kom man då från Socialstyrelsens sida fram till att man nog borde ha en föreskrift om kvalitetssäkring som ställde lite krav på ledningen också. Därför att det var ju inte så stort problem egentligen med hälso- och sjukvårdspersonalen för de var intresserade och engagerade och ville, men det var lite svårt att få med ledningen på det och få dem att ta sitt ansvar.” (En av representanterna i Nationella Samrådsgruppen)

Föreskriften ”Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård”, som kom ut första januari 1994, gick i princip ut på att samtliga vårdgivare skulle ta ansvar för att all legitimerad personal skulle bedriva fortlöpande, systematiskt och dokumenterat, kvalitetssäkringsarbete. Mycket tyder på att föreskriften inte hade någon större genomslagskraft. En anledning kan vara att många av de sjukhus som var intresserade redan hade påbörjat sitt kvalitetssäkringsarbete.

Ytterligare en anledning kan naturligtvis vara att läkarna helt enkelt inte var intresserade av att bli kontrollerade utifrån. Läkare utgör en stark

yrkesgrupp som under tidens lopp skaffat sig en arbetsautonomi innebärande att de själva bestämmer vad som anses vara bra kvalitet (Abbott, 1991). Professioner har sina egna uppsättningar av moral, etik och värderingar och i läkarnas fall vilar dessa på medicinska och humanitära fundament. Deras arbete grundar sig på och blir bedömt utifrån medicinskt kunnande, tradition och värderingar (Kragh Jespersen, 1999; Waks, 1999). Endast läkarna själva kan således granska sitt eget arbete.

Den befintliga granskningstraditionen inom hälso- och sjukvården har byggts upp som ett komplement till läkarnas profession och inte som ett alternativ till den. Den utgör därför inte ett hot mot professionen på samma sätt som den granskningstradition som kommer från privat näringsliv – vilken bygger på andra värderingar än de medicinska och humanitära. Detta kan förklara varför flertalet läkare på Universitetssjukhuset i Lund först såg kvalitetssäkringar som en onödighet, för att sedan tolka kvalitetssäkringar som en administrativ syssla när Lunda-modellen implementerades. På så sätt kunde läkarna delta i kvalitets-säkringstrenden utan att släppa kvalitetskontrollen över sitt medicinska arbete. Att underkasta sig en kontroll eller en standard som sätts utifrån andra värden än de medicinska skulle vara att ge upp makten över professionen. Därför är särkopplingar av detta slag mellan det rituella revisionsförfarandet och den egentliga vårdpraktiken vanliga (Power, 1997).

Kvalitetssäkringar inom hälso- och sjukvården i Sverige beskrivs ofta som ”sjuksköterskornas grej”, vilket skulle kunna betyda att sjuksköterskorna dels hade ett större behov av att legitimera sin verksamhet i termer av kvalitet än vad läkarna hade, och dels att de inte såg ett hot i att bli granskade utifrån på samma sätt som läkarprofessionen. Det kan till och med vara så att kvalitetssäkringar för sjuksköterskorna innebar en möjlighet att stärka deras professionella status (Jämför Blomgren, 1999).

Att föreskriften om kvalitetssäkringar i hälso- och sjukvården inte hade haft något vidare genomslagskraft uppmärksammades i en reviderad effektivitetsrevision över statens tillsyn över hälso- och sjukvård som RRV (Riksrevisionsverket) kom ut med i mars 1996, med syftet att granska ”tillsynsverksamhetens *struktur* och *processer* för att bedöma verksamhetens inre effektivitet” (RRV 1996:26, s 17). I rapporten

framförs kritik mot att Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetssäkringar ”inte i tillräcklig omfattning drivit på utvecklingen av hälso- och sjukvårdens *egenkontroll*, dvs systematiserade rutiner och procedurer för att främja egen kvalitet och säkerhet” (Ibid). Vidare hotas hälso- och sjukvården med en ”kontrollapparat av stora dimensioner” – dvs en obligatorisk kvalitetssäkring – om den inte lever upp till kraven om ökad egenkontroll:

Om inte detta krav på egenkontroll finns som grund kommer en fungerande myndighetstillsyn med uppgift att granska vårdens säkerhet och kvalitet att kräva en kontrollapparat av stora dimensioner. (Ibid, s 58)

Rapporten föreslår dels en ny lag om ”lagreglerad skyldighet att bedriva egenkontroll” (Ibid) samt att tillsynsmyndigheten (Socialstyrelsen) skall utöva tillsyn i syfte att stimulera och driva på hälso- och sjukvårdens egenkontroll.

Regeringen tog fasta på den kritik som riktades mot Socialstyrelsen i rapporten och arbetade fram nya lagförslag. I december 1996 höll Socialstyrelsen en konferens i Stockholm för att presentera lagändringarna och deras förväntade effekter. Bland annat framförde Claes Örtendahl, Socialstyrelsens generaldirektör, att den nya lagen skulle innebära en omställning till ett nytt synsätt i vilket en medvetenhet om att sjukvården, trots att den i stora delar anses bra i Sverige, faktiskt har brister. I detta nya perspektiv ansåg Claes Örtendahl att kvalitetsfrågor skulle bli en del av vården och inte en åsidosatt fråga. Vidare bedyrade han att den utökade makt som Socialstyrelsen fått endast skulle användas i extremfall. I samband med Socialstyrelsens konferens gavs en folder ut där de berörda områdena räknas upp i punktform:

- 1) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården
- 2) Lex Maria och avvikelshantering
- 3) Ny verksamhet skall anmälas
- 4) Verksamhetschef måste finnas
- 5) Ökade befogenheter för Socialstyrelsen

I foldern fanns även en sammanfattning av vad lagändringen innebär. Under punkten Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården står:

Från den 1 januari 1997 är kravet på kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:783) och tandvårdslagen (1985:125). Bestämmelserna omfattar all hälso- och sjukvård och tandvård. Som stöd för hur lagen ska tillämpas har Socialstyrelsen utarbetat föreskrifter och allmänna råd som också träder i kraft den 1 januari 1997.

Föreskrifterna ställer krav på att all verksamhet ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten, dvs systematisk egenkontroll. Kraven riktar sig till vårdgivare, verksamhetschefer/motsvarande samt all hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdgivaren ska säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Verksamhetschefen/motsvarande ska fastställa kvalitetssystemet och all hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten. (Socialstyrelsen, 1996-00-116)

Den förste januari 1997 ersattes så föreskriften av lagändringar i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen och tillsynslagen (Se SFS 1996:786; SFS 1996:787). I sin helhet innebär lagändringen för det första att formella krav ställs på att det bedrivs ett kontinuerligt kvalitetsutvecklingsarbete samt egenkontroll av alla vårdgivare, för det andra att lagändringen ger Socialstyrelsen en helt ny möjlighet till insyn i, kontroll och sanktion av vårdgivare. Lagförändringen utökar med andra ord Socialstyrelsens makt samt förutsätter en aktivare tillsynsverksamhet. Den egenkontroll som krävs av lagen skall bedrivas i form av *kvalitetssäkring* vilken enligt SOSFS (Socialstyrelsens författningssamling 1996:24 (M)): föreskrifter och allmänna råd – ”Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården”:

Kvalitetssäkring innebär aktiviteter för att säkerställa att rätt saker görs på rätt sätt från början varje gång. Kvalitetssäkring definieras som alla inom ramen för ett kvalitetssystem planerade och systematiska aktiviteter, presenterade i nödvändig utsträckning, som skapar tillräcklig tilltro till att ett objekt eller en företeelse kommer att uppfylla kvalitetskrav. (SS-ISO 8402, 1994)

I lagen definieras Kvalitetssäkring som aktiviteter för att se till att *rätt saker görs på rätt sätt*, vilket var definitionen på *effektivitet* och *produktivitet* i ESO-rapporten drygt tio år tidigare. Kvalitetssäkring har därmed blivit ett sätt att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett effektivt och produktivt sätt. Att en kvalitetssäkring skall garantera att

rätt saker görs på rätt sätt från början varje gång, antyder att det lagen vill uppnå är en kontroll över de dagliga rutinerna och inte endast att ”kittet i byggnadsställningarna håller”, som den administrativa chefen i Lund hade uttryckt det.

Socialstyrelsen och Spri har fortsatt sitt sökande efter en nationell kvalitetssäkringsmodell som uppfyller de kriterier som lagen ställer. Under hösten och vintern 1997-1998 har SWEDAC (Styrelsen för Teknisk Ackreditering) i samarbete med Socialstyrelsen och Spri samt representanter för läkarprofessionen och certifieringsorganen, testat en ny kvalitetssäkringsmodell för vårdande verksamhet. Den grundar sig på ISO 9000-standarder för kvalitetsgranskning (ackreditering) men i denna version (ISO-9000 har använts tidigare inom vården) har modellen eller anvisningarna till användningen av den framarbetats i samarbete med praktiken, dvs vårdande verksamhet. Enligt SWEDAC magasinet 1998:1 skulle en sådan certifiering komma att lägga tyngdpunkt på *rutiner* och *dokumentation* och framför allt rutiner för *hur* dokumentationen skall gå till. En av certifieringens fördelar sägs vara att den *uppfyller kraven* om kvalitetssäkring i HSL. Detta skulle kunna betyda att hälso- och sjukvården har en ny obligatorisk kvalitetssäkringsmodell att se fram emot.

Sammanfattning

Kvalitetssäkring som idé dök upp i hälso- och sjukvården i mitten av 1980-talet. I början var det först och främst anställda på Spri som var engagerade i kvalitetssäkringsidén. De såg kvalitetssäkring som en lösning till dels problemet om *hur kvaliteten kunde mätas*, och dels hur sjukvården därigenom kunde verifiera den kvalitetsökning som skett i perioden 1960-1980. Som en del av sitt utredningsarbete om befintliga kvalitetssäkringsmodeller kom Spri att arbeta framför allt med en metod, den sk Organisational Audit eller organisationsgranskningen.

I början på 1990-talet bildades den Nationella Samrådsgruppen av representanter från Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Som en del av Nationella Samrådsgruppens nationell kvalitetsstrategi fick de Organisational Audit utvärderad på Universitetssjukhuset i Lund. Under

perioden 1992-1995 pågick således översättning, införande och utvärdering av Organisational Audit-modellen (organisationsgranskningen) på Universitetssjukhuset i Lund.

Som anledning till att kvalitetssäkra på Universitetssjukhuset i Lund nämndes att kvalitetssäkringar låg i tiden, att kvalitetssäkringsarbetet egentligen var ett påbud från Socialstyrelsen och Spri samt att kvalitets-säkring kunde fungera som ett *konkurrensmedel* vid köp-sälj.

Största delarna av kvalitetssäkringsarbetet på sjukhuset, verkar ha genomförts på en administrativ nivå på de två klinikerna medicin och kirurgi, alldenstund kvalitetssäkringen inte var synlig på vårdgolvet under den direkta observation som genomfördes på en avdelning på respektive klinik. Den skillnad som fanns mellan klinikerna beträffande arbetsorganisation, antal standardiserade rutiner samt tempo i arbetet har inte påverkat synligheten av organisationsgranskningen, eftersom den var lika lite synlig på båda klinikerna. Hade organisationsgranskningen varit synlig i vårdarbetet är det möjligt att de två klinikerna vid en jämförelse även uppvisat skillnader i kvalitetssäkringsarbetet.

Vid den externa granskningen hösten 1995 fick Universitetssjukhuset i Lund först och främst kritik för att det saknade en tydlig verksamhetsidé samt mätbara mål, vilket speglar Nationella Samrådsgruppens omtolkning av kvalitetssäkring till en *företagsekonomisk styrmodell* vid den här tiden.

Organisationsgranskningen blev inte bestående på Universitetssjukhuset i Lund, och den uppfyllde inte heller Socialstyrelsens krav på en nationell kvalitetssäkring.

Eftersom Socialstyrelsen upplevde att spridningen av kvalitetssäkring i vården och då först och främst bland vårdgivarna dvs de ansvariga cheferna, inte gick snabbt nog, gav den ut en föreskrift i januari 1994. Enligt föreskriften skulle all vårdande verksamhet bedrivas kvalitets-säkrat. I en RRV rapport i mars 1996 kritiserades dock Socialstyrelsen för att föreskriften inte haft avsedd effekt. Kritiken ledde till att Regeringen och Socialstyrelsen tillsammans arbetade fram ett lagförslag gällande bland annat kvalitetssäkringar. I lagen definieras kvalitetssäkring som *att göra saker på rätt sätt från början*, vilken var den definition som produktivitetsutredningen gav för *effektivitet* och *produktivitet* drygt tio år tidigare.

Socialstyrelsen har dock hittills inte haft någon nationell modell att rekommendera för hur kvalitetssäkringsarbetet skall genomföras. Detta kan dock komma att ändras om Socialstyrelsen finner att SWEDAC:s certifiering kan användas i ett omarbetat skick i vårdande verksamhet. SWEDAC:s certifiering för vårdande verksamhet lägger stor vikt vid att skapa rutiner för hur dokumentationen av arbetet skall gå till.

KAPITEL 5

ACKREDITERINGSIDÉN FRÅN LAG TILL TREND

I detta kapitel följs idén om frivillig ackreditering av laboratorier på dess resa från Australien till EG, från EG till SWEDAC och från legalisering till att vara en trend bland sjukhuslaboratorier. Detta görs först genom kartläggning av hur SWEDAC och lagen om frivillig ackreditering skapats som anpassning till EG-direktiv. Därefter beskrivs hur modet att vara ackrediterad startade bland laboratorerna och kom till klinisk-kemiska laboratoriet på Universitetssjukhuset i Lund. Precis som i föregående kapitel får läsaren följa med mig ut på verkstadsgolvet, här laboratoriegolvet, för att se hur och till vilken grad ackrediteringsmodellen möter de befintliga rutinerna och omvandlas till handling. Till slut beskrivs den växande ackrediteringstrenden bland sjukhuslaboratorierna i fältet.

Bland idébärare

Lagen om ackreditering

Enligt lagen (1989:164) om kontroll genom teknisk provning och mätning ges laboratorier rätt att ansöka om kvalitetssäkring genom ackreditering, utan att det föreligger myndighetskrav på att verksamheten skall vara

ackrediterad. Före 1989 kunde endast laboratorier, som enligt regeringsbeslut skulle vara godkända, ackrediteras.

Den nya lagen infördes som en anpassning till rådande EG-direktiv för främjande av en öppen gemensam europeisk marknad. EUs grundidé *de fyra friheterna* bygger på fri rörlighet för varor, personer samt tjänster och kapital mellan medlemsländerna (SWEDAC DOC 97:11). På en fri marknad är det produkterna och inte tillverkarna som kontrolleras, och tillverkarna har därför själva ansvaret att uppfylla de föreskrivna krav som marknaden kräver. Kraven finns formulerade i olika EG-direktiv och regler. De olika medlemsländernas lagar och regler harmoniseras så, att de stämmer överens med dessa gemensamma direktiv.

Lagen om ackreditering är ett exempel på denna EU-harmonisering. Tanken är att ett laboratorium som ackrediteras enligt den gemensamma EN standarden får en kvalitetsstämpel som gäller inom hela EU. Ett ackrediterat svenskt laboratorium kan således sälja sina tjänster i andra länder inom EU. Användningen av standarden är dock frivillig. Lagen finns således inte till för att tvinga laboratorier att ackrediteras, utan för att se till att det finns en möjlighet för de laboratorier som vill ackrediteras.

En gammal idé blir ny standard

Även den äldsta ackrediteringstraditionen som kommer från Australien bottenar i idén om homogenisering för en gemensam marknad. I Australien går ackrediteringstraditionen ända tillbaka till 1920-talet, fastän den nuvarande ackrediteringsmyndigheten ”The National Association of Testing Authorities” (NATA) inte instiftades förrän 1947 som det första nationella ackrediteringssystemet för laboratorier i världen (Stanton, 1995). NATA instiftades när sex av Australiens stater bildade en union bla i syfte att idka gemensam handel, dels delstaterna emellan, dels mellan unionen och andra länder. Det fanns mao redan då en koppling mellan gemensam marknad och framväxten av gemensamma standarder.

Enligt Stanton dröjde det sedan ända till 1972, innan det andra nationella ackrediteringssystemet skapades i Nya Zeeland. Det var också under 1970-talet som termen ackreditering dök upp och blev den mest

använda. Enligt Stanton blev spridningen av ackrediteringssystem explosionsartad under 1980-talet, och han konstaterar att ”Today, most countries have established national systems” (Ibid s 2).

EU har varit en bidragande orsak till ökningen av nationella ackrediteringssystem. Standarden för ackreditering av laboratorier EN 45000 skapades under senare delen av 1980-talet av organen CEN/CENELEC (The joint European Standards Institution Organisation Commune Européenne de Normalisation). Idén till EN 45000 har huvudsakligen hämtats från det australienska ackrediteringssystemet, men den innehåller även en del ISO 9000 standarder. ISO (the International Organization for Standardization) publicerade sina ISO-standarder 1987 i syfte att ge företag i olika branscher vägvisning i valet av kvalitetssystem. Enligt SWEDAC-magasinet (1996:2) har ett arbete inletts för att utveckla, omstrukturera och samordna EN 45000 och ISO 9000-standarderna. Detta arbete antas ta flera år och är tänkt att resultera i en helt ny standard, som ”ska användas av ackrediteringsorgan och ackrediterare över hela världen” (Ibid s 3).

Än så länge är det dock EN 45000 som är den av EG-direktiven rekommenderade ackrediteringsstandard för laboratorier. I varje EU-land skall det enligt EES-avtalet finnas en myndighet eller ett statligt organ, vilket utsetts av landets regering som ackrediteringsorgan. För att bemöta EES-avtalets krav omformades Statens Mät- och Provråd 1989 till SWEDAC (Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll).

SWEDAC som anpassning till EG

SWEDAC är en myndighet som lyder direkt under utrikesdepartementet och arbetar inom två områden, *det frivilliga* och *det tvingande*. Det frivilliga området är avgiftsfinansierad uppdragsverksamhet och det tvingande är anslagsfinansierad myndighetsverksamhet. Den frivilliga verksamheten certifierar andra certifieringsorgan samt provar och ackrediterar laboratorier direkt. Denna del av verksamheten är bunden till EAC (European Accreditation of Certification) och EAL (the European Cooperation for Accreditation of Laboratories) som via EOTC (European Organisation for Testing and Certification) har samarbete med

ESA/EFTA (The EFTA Surveillance Authority) och EG-kommissionen. Det tvingande området godkänner anmälda organ enligt myndighetskrav (EG-direktiv). Denna del av verksamheten är direkt kopplad till såväl regeringen som ESA/EFTA och EG-kommissionen.

Dessutom har SWEDAC regeringens uppdrag att bedöma de organ som önskar bli anmälda som "Notified Bodies" enligt EGs och EFTAs regler. Notified bodys eller Anmälda organ som de kallas på svenska är certifieringsorgan eller laboratorier, som utför certifiering respektive provning enligt EG-direktiven vilka skall anmälas till EG-kommissionen.

SWEDAC är representerat i och har samarbete med dessa organ, när det gäller formulering och tolkning av olika standarder samt utfärdande av rättigheter för certifieringsorgan. Dessutom är SWEDAC kopplat till organen CEN/CENELEC (The joint European Standards Institution Organisation Commune Européenne de Normalisation), som har utarbetat de regler vilka skall gälla för de länder som förbundit sig att fastställa EN 45000-standarderna.

I Sverige är det dessutom SWEDAC som har ansvar för att alla laboratoriemätningar, certifieringar och kalibreringar blir EG-anpassade.

Efter ett regeringsbeslut i maj 1996 fick SWEDAC också rätt att ackreditera granskare för offentlig upphandling och blev därmed först i världen med ett system för ackreditering av granskare. Granskare för offentlig upphandling utgör dessutom SWEDAC:s första icke tekniska område för ackreditering. Enligt Peter Kronvall (SWEDAC magasinet, 1996:2) är ackrediteringsprocessen i stort sett densamma, trots att kraven på en granskare skiljer sig från kraven på ett traditionellt certifieringsorgan. SWEDAC gör en bedömning av de kvalitetssystem, rutiner och procedurer som granskaren använder för att styra och genomföra sitt arbete.

SWEDAC ackrediterar därmed tre sorters organ: laboratorier, certifieringsorgan och besiktningsorgan. Certifieringsorganen kan i sin tur certifieras för certifiering av produkter, kvalitetssystem och personal. SWEDAC:s verksamhet revideras i sin tur regelbundet av bedömare från bland annat EAC och EAL. Vid den revision som gjordes hösten 1995 samt under våren 1996 fick SWEDAC mycket gott betyg trots en del

anmärkningar inom kvalitetssäkringsområdena (SWEDAC magasinet, 1996:1).

All obligatorisk ackreditering eller certifiering som görs av SWEDAC sker på begäran av tredje part, dvs att det är aldrig SWEDAC som begär att få ackreditera någon. De laboratorier som måste vara ackrediterade vänder sig till SWEDAC för att bli ackrediterade precis som de som ackrediterar sig frivilligt. Därmed har inte SWEDAC någon tillsynsroll i den bemärkelsen att de kontrollerar om en verksamhet är ackrediterad eller ej – detta sköts av andra myndigheter som exempelvis livsmedelsverket eller naturvårdsverket. Däremot har SWEDAC tillsyn av de verksamheter det väl har ackrediterat eller certifierat så att de fortsätter att uppfylla de krav som ställs.

I alla SWEDAC:s informationsbroschyrer påpekas den starka kopplingen till den gemensamma EU-marknaden samt att ackreditering gör det möjligt för laboratorierna att sälja sina tjänster internationellt. SWEDAC ser även det internationella samarbetet runt ackrediteringen som ett viktigt led i harmoniseringen av tex tekniska krav. Som visats ovan är i princip all SWEDAC:s verksamhet kopplad till den harmoniseringsprocess som bedrivs av EG. Harmoniseringsprocessen har dock inte varit problemfri, eftersom flera av medlemsländerna dels saknat ett fungerande kontaktnät mellan de aktuella myndigheterna i varje land och dels slarvat med de gemensamma direktiven (SWEDAC magasinet, 1997:2).

SWEDAC söker samarbetspartner

När den nya lagen (1989:164) instiftades översattes EN 45000-standarden till svenska. Standarden översattes i princip *ord för ord* av SIS (Standardiseringskommissionen i Sverige) utan att den omtolkades eller ändrades. Därmed förfogade SWEDAC över den svenska EN 45000-standarden för frivillig ackreditering av laboratorier. Den frivilliga ackrediteringen öppnade möjligheter för SWEDAC:s verksamhet. Bland annat blev sjukhuslaboratorierna en målgrupp för ackreditering. Det fanns dock ett krux med den frivilliga ackrediteringen och det var att den var just frivillig. Hur skulle SWEDAC få laboratorier att bli intresserade av en granskning utifrån, något ingen egentligen krävde och som dessutom

skulle komma att kosta laboratorierna stora investeringar i såväl tid som pengar?

SWEDAC behövde då dessutom en samarbetspartner både för att få erfarenhet inom den frivilliga delen av laboratorie-ackrediteringarna och utveckla den. För trots att standarden var den samma för obligatorisk och frivillig ackreditering, måste metoden för implementering och granskning justeras för varje nytt verksamhetsområde. Detta kunde endast ske i samarbete med de aktuella laboratorierna. Områdesansvarig på SWEDAC förklarade detta på följande sätt:

”Ramverket är standarden – den ger de grova riktlinjerna. Hur den sen skall tillämpas inom då tex transfusionsmedicin eller mikrobiologi – där kommer professionen in och talar om att inom det här ramverket skall de här internkontrollerna, metoderna och jämförelseprogrammen användas. Det kan ju aldrig standarden tala om för den är ju generell. Så skelettet är standarden, sen fyller man på.”

I detta skede hade SWEDAC bland annat diskussioner med riksförbundet för medicinska laboratorier och bjöd ut sina tjänster. Förbundet förhöll sig dock svalt till SWEDAC:s inbjudan – det fanns ett massivt motstånd mot inspektion utifrån bland professionen (läkare inom laboratoriemedicin).

Initiativet till samarbete med SWEDAC togs istället av ett individuellt laboratorium, klinisk-kemiska laboratoriet vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

SWEDAC samarbetar med Sahlgrenska

I slutet på åttiotalet tyckte den dåvarande chefsöverläkaren för det klinisk-kemiska laboratoriet vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, att det saknades heltäckande rutiner för hur det dagliga arbetet vid kliniken skulle fungera. Det var när det kemiskt kliniska laboratoriet på Sahlgrenska sjukhuset flyttade och invigde en ny laboratoriebyggnad 1987, som chefsöverläkaren ville ta tillfället i akt och införa någon form av kvalitetssäkring eller som han själv uttryckte det *rutinbeskrivning* med helhetsperspektiv. Egentligen var han inte särskilt ute efter en kvalitetssäkring utan ett sätt att organisera arbetet på laboratoriet, så att det skulle kunna genomföras så metodiskt och konsekvent som möjligt:

”Sen har jag alltid varit intresserad av hur man skulle få laboratoriet att fungera på det sätt som det borde fungera. Det är ju lätt att veta hur det skall vara, fast det är svårare att få det dit. Det har ju alltid varit ett bekymmer.”

Själv tyckte chefsöverläkaren att inspektion utifrån verkade vettigt men upptäckte att det var många andra som motsatte sig det – bland annat inifrån riksförbundet. Han hade skickat efter en amerikansk ackrediteringsmall vilken han dock fann för detaljerad och därför inte användbar. Därefter diskuterade han ett eventuellt samarbete med SWEDAC med sina kollegor inom förbundet. De visade dock ett svalt intresse för frågan, och till slut tog chefsöverläkaren saken i egna händer:

”Då tänkte jag att kanske att SWEDAC ändå kan göra någonting...Jag bryr mig inte om den här föreningen, dom kan ju inte styra mig. Och jag fattade pennan och diktafonen och skrev fyra rader i stort sett och skickade en förfrågan till SWEDAC.”

På frågan varför han hade valt just SWEDAC:s ackreditering som kvalitetssäkringsmodell svarade han:

”Ja det var väl att jag uppsnappade några diskussioner om att det hade varit nåt samtal mellan dom och, jag tror det var så, mellan dom och föreningen. Vi är ju inte så många i den här branschen, så man träffas ju och hör lite granna.”

Raderna han skickade till SWEDAC blev startskottet till SWEDAC:s samarbete med sjukhuslaboratorier. Kontakten mellan SWEDAC och Sahlgrenska för ackreditering av klinisk kemiska-laboratoriet inleddes på så sätt början på 1990-talet.

Det första ackrediterade sjukhuslaboratoriet

För att arbeta fram en modell för ackrediteringsarbetet på klinisk-kemiska laboratoriet på Sahlgrenska bildades en arbetsgrupp där några nyckelpersoner ingick. Med i gruppen fanns bland andra chefsöverläkaren och tillika professorn vid klinisk-kemiska laboratoriet på Sahlgrenska, ett par chefsöverläkare för klinisk-kemiska laboratorier vid andra sjukhus, ordföranden i föreningen för klinisk kemi samt representanter från SWEDAC. Gruppen var dock inte förankrad inom

föreningen för sjukhuslaboratorier som helhet – det fanns fortfarande en del inom professionen som motsatte sig ackrediteringsarbetet:

”Det var inte förankrat hos alla i professionen – det var en grupp som stod styrelsen för klinisk kemi nära som inte direkt tyckte att det här var väldigt bra. Utan vi körde det här projektet, ändå med de nyckelpersoner som jag berättade om i den här arbetsgruppen, där vi tittade på hur ackrediteringen skulle kunna tillämpas inom klinisk kemi. Där jobbade vi säkert två år tillsammans och gjorde provbedömningar på Sahlgrenska, som fick vara försökskanin och ställde upp på det.” (Områdesansvarig SWEDAC)

Motståndet inom riksförbundet för sjukhuslaboratorier lade sig med tiden och dessa arbetsgrupper har blivit karakteristiska för SWEDAC:s sätt att arbeta inom de områden de ger frivillig ackreditering.

Med tiden bildades en huvudkommitté som arbetar med sjukhuslaboratorier. Den består av representanter från såväl SWEDAC som professionen, dvs läkare samt representanter för exempelvis de olika laborieföreningarna. Sedan finns det subgrupper för varje specifikt område. Dessa subgrupper eller underkommittéer är störst och mest aktiva under förarbetet, när ett nytt område skall ackrediteras men är även med sedan. Underkommittéerna träffas sedan ca två gånger per år så att representanter från SWEDAC och representanter från laborieföreningarna fortsätter att samarbeta:

”På det sättet har vi då förankring hos professionen och att professionen verkligen är med och bestämmer hur det skall vara – man tar upp de frågor som är aktuella just då – det kan gälla en viss typ av metoder – vissa tekniska krav på internkontrollsystem – vad jag vill säga med detta är att SWEDAC sitter inte själva och säger att nu skall det vara så eller så, utan det är experterna då som är med och bestämmer.”

På klinisk-kemiska laboriet vid Sahlgrenska sjukhuset arbetade den ursprungliga gruppen tillsammans under två år för att förbereda den första ackrediteringen av ett sjukhuslaboratorium. Det första året gick åt till att hitta en metodik för hur ackrediteringen skulle tillämpas på klinisk-kemiska laborier. Det andra året genomfördes de ändringar och förberedelser som var nödvändiga för att uppfylla standarden. När modellen för klinisk-kemiska laboriet hade tagits fram inleddes implementeringsarbetet. Detta arbete pågick i något år innan det var dags

för ackreditering. År 1992 blev så klinisk-kemiska laboratoriet vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg ackrediterat som det första klinisk-kemiska sjukhuslaboratoriet i Sverige och fick kvalitetsstämpeln med Tre kronor som bevis. Det dröjde dock inte länge förrän andra sjukhuslaboratorier följde efter. Ett av de laboratorier som kontaktade SWEDAC för att bli ackrediterade, efter att ackrediteringen på Sahlgrenska blev känd, var klinisk-kemiska laboratoriet på Universitetssjukhuset i Lund, men även klinisk fysiologi och blodcentralen vid Universitetssjukhuset i Lund var bland de tidigaste ackrediterade enheterna.

På sjukhuset

Ackrediteringen kommer till Lund

Klinisk-kemiska laboratoriet på Universitetssjukhuset i Lund ansökte om ackreditering hos SWEDAC redan 1992, samma år som klinisk-kemiska laboratoriet på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg ackrediterades. Idén om ackreditering spred sig således snabbt i branschen. I Lund rådde det inga tvivel om varifrån idén till ackreditering av det klinisk-kemiska laboratoriet kom;

”Detta är en process som drogs igång av den dåvarande professorn på Sahlgrenska i Göteborg – och Göteborg blev det första ackrediterade medicinska laboratoriet i Sverige.” (Den kvalitetsansvarige läkaren)

Den huvudsakliga anledningen till att klinisk kemiska laboratoriet i Lund ansökte om ackreditering var, enligt chefsöverläkaren, att det fanns anledning att tro att landstingen skulle komma att kräva att medicinska laboratorier skulle vara ackrediterade. Om chefsöverläkarens farhågor infriades, skulle klinisk-kemiska laboratoriet i Lund ha ett visst försprång jämfört med de laboratorier som inte var ackrediterade.

Med införandet av marknadsekonomiska idéer inom sjukvården hade möjligheter öppnats för de olika klinikerna och avdelningarna på

Universitetssjukhuset att sänka sina egna kostnader genom att bestämma varifrån de ville köpa tjänster. Klinisk-kemiska laboratoriernas tjänster var mycket väldefinierade och därför enkla att prissätta. Klinisk-kemiska laboratorier hade därför lättare än de flesta andra kliniker att i praktiken fungera som resultatenheter och bokstavligt talat sälja sina tjänster. Att vara ackrediterad skulle därför kunna innebära en kvalitetsstämpel och garantera fortsatt arbete för klinisk-kemiska laboratoriet i Lund.

Det fanns dock ytterligare en anledning som ofta nämndes, och följande replik kan ses dels som ett exempel på denna och dels som en talande beskrivning av vad som hände i branschen vid den här tiden:

”Ska man vara lite elak så får man väl ändå säga, om jag får citeras anonymt, att det där lämnade väl ingen annan professor på något annat klin-kem-lab någon ro att Göteborg hade fått Tre kronor att hänga om halsen. Så det drogs ju igång på alla andra klin-kem-lab med en väldig fart.” (En anonym källa på klinisk-kemiska laboratoriet i Lund)

Samtidigt var det hårda ekonomiska tider på Universitetssjukhuset vilket ledde till sparbetning och nerdragen budget. I detta utgångsläge kunde ackrediteringen ses som ett tveeggat svärd; dels gav den en kvalitetsstämpel och ett försprång om landstingen skulle komma att bestämma sig för att kräva att alla analyser inom sjukvården skulle utföras vid ackrediterade laboratorier, dels var ackrediteringsarbetet kostsamt för kliniken, både i tid och pengar, vilket i alla fall på kort sikt försämrade klinikkens resultat.

Införandet

Initiativet till ansökan till SWEDAC togs av klinikledningen på laboratoriet. Varken sjukhusledningen eller några andra centrala organ var inblandade, inte vare sig i ansökan eller vid införandet av ackrediteringen. Ackrediteringsarbetet leddes av dåvarande chefsöverläkaren och startade 1992 med ett besök från SWEDAC, som ville försäkra sig om att laboratoriet över huvudtaget var lämpat för ackreditering. Efter deras klartecken drogs så ackrediteringsprocessen igång.

För att arbeta med införandet av ackrediteringsmodellen bildades en arbetsgrupp på klinisk-kemiska laboratoriet bestående av en läkare, två

kvalitetsansvariga laboratorieassistenter, ett par administratörer samt chefsöverläkaren. Kvalitetssäkringsgruppen på klinisk-kemiska laboratoriet arbetade genom att delegera en del av kvalitetssäkringsarbetet till dem som arbetade ute på laboratoriegolvet. Bland annat fick laboratorie-assistenterna komma med förslag på hur olika problem skulle lösas, när nya rutiner och dokument skulle skapas och tas i bruk. Många frågor gällde sådant som vem som skulle vara ansvarig för exempelvis kalibrering, hur olika arbetsbeskrivningar skulle formuleras eller var diverse dokument och beskrivningar skulle förvaras för att vara lättillgängliga.

Vilka krav som skulle vara uppfyllda för en ackreditering angavs av den generella standard som SWEDAC tillhandahöll samt vissa områdes-specifika krav för just klinisk kemi angående tex internkontroller, godkända analysintervall osv. Klinisk-kemiska laboratoriet i Lund åtog sig att uppfylla standarden när det ansökte om ackreditering hos SWEDAC.

All SWEDAC:s ackreditering av laboratorier grundar sig på samma europastandard: EN 45001:1989; Provningslaboratorier – Allmänna krav på verksamhet (SS-EN 45001:1989). SIS är den ansvarige översättaren och utgivaren av den svenska versionen av standarden. Direktiven för hur standarden uppfylls finns i Styrelsens för teknisk ackreditering författningssamling: ”Styrelsens för teknisk ackreditering allmänna föreskrifter för ackrediterade laboratorier; Allmänna råd till Styrelsens för ackreditering allmänna föreskrifter enligt ovan”,

vars tillämpning skall säkerställa att ett ackrediterat laboratorium minst uppfyller kraven i:

- SS-EN 45001 (utgåva 1,1989), Provningslaboratorier - Allmänna krav på verksamhet,
- SS-EN 45002 (utgåva 1, 1989), Provningslaboratorier - Allmänna krav för bedömning,

och

- ISO/IEC Guide 25:1990 (E), General requirements for the competence of calibration and testing laboratories,

Under olika paragrafer står sedan olika krav uppräknade. Under 4 § står bla 4b:

Ackrediterat laboratorium skall på SWEDAC:s initiativ delta i de program för nationella eller internationella provnings- eller kalibreringsjämförelser som SWEDAC anordnar eller anvisar (Avsnitt 10 om kvalifikationsprövning).

Under 5 § står bla 5g:

Vid användning av datorer eller automatiserad utrustning skall

– rutiner finnas utarbetade och idrifttagna för att säkerställa att data inte förvrängs eller ändras. Här inkluderas bl.a. inmatning av data, samt bearbetning, överföring och lagring av data.

– rutiner finnas utarbetade och idrifttagna för att säkerställa att obehörigt intrång inte sker (Avsnitt 10.2 om kalibrerings- och provningsmetoder).

(STAFS 1994:1, ISSN 1101-7805; Erik Hansson)

Hjälp till *hur föreskriftens krav kan uppfyllas* gavs i tilläggsdelen: *Allmänna råd* vilken utgjorde ett förtydligande av föreskriftdelen. Där gavs tex anvisningar om hantering och dokumentering av information om maskinfel samt andra driftsstörningar och bland annat påpekas att:

En särskild loggbok kan föras över korrigerade åtgärder som vidtas med anledning av upptäckta felaktigheter i provnings- eller mätutrustning, i utfärdade provningsrapporter eller kalibreringsbevis eller på grund av andra händelser som berör laboratoriet.

Två begrepp som återkommer ofta i både Föreskriften och de Allmänna råden är *spårbarhet* och *mätbarhet*. Under 2 § i föreskriftdelen finns definitioner av dessa begrepp. Där står:

Mätning – serie åtgärder med syfte att bestämma ett storhetsvärde och spårbarhet – egenskap hos ett mätresultat som innebär att detta kan relateras till lämpliga normaler, vanligen internationella eller nationella, via en obruten kedja av jämförelser.

Som underlag för ackrediteringsansökan ville SWEDAC bland annat att laboratoriet skulle ta fram en

kvalitetsmanual med bilagor som visar organisation, personal, utrustning dokumentation av metoder mm (SWEDAC DOC 91:5)

Kvalitetshandboken

Kvalitetssäkringsmanualen på klinisk-kemiska laboratoriet kallades *kvalitetshandboken* i dagligt tal, och jag använder den benämningen för att skilja den från organisationsgranskningspärmen eller manualen. Kvalitetshandboken var en viktig förutsättning för ackrediteringen. Den hade statusen av att vara det yttersta kvalitetsdokumentet och utgjorde den största samlade informationskällan om klinisk-kemiska laboratoriets verksamhet. Kvalitetshandboken togs fram internt av klinikens medarbetare genom att representanter för de olika personalkategorierna och de kvalitetsansvariga arbetade med de avsnitt som rörde deras specifika arbetsområde. Namnet på den som hade ansvarat för framtagandet av ett visst avsnitt stod längst ner på varje sida i respektive avsnitt.

I kvalitetshandboken fanns praktisk information som ett schema över klinikens organisation, karta över lokalerna, information om de anställda osv. Sedan fanns klinikens mål och policy, för såväl den allmänna verksamheten som för kvalitetsarbetet, uttryckligen nerskrivna samt vem som ansvarade för de olika delarna av arbetet. Olika personalkategoriernas ansvarsområden, arbetsscheman och arbetsuppgifter ingick också i handboken. Ett exempel på innehållet i pärmen är avsnitt 4:

4 Kvalitetssystem

4.1 Mål och struktur

4.2 Ledning

4.3 Dokumentstyrning

4.4 Kvalitetssystemet i det dagliga arbetet

4.5 Avvikelser från kvalitetssystemet

Varje avsnitt i handboken innehöll sedan detaljerade beskrivningar av det som rubriken föreskrev. Under avsnittet ledning gavs på så sätt namnen på dem som var ansvariga för såväl kvalitetshandboken som kvalitetsarbetet i övrigt.

Kvalitetshandboken innehöll således en noggrann beskrivning av klinisk-kemiska laboratoriet, dvs den var inte bara en abstrakt beskrivning på hur ett laboratorium fungerade utan även en *exakt beskrivning* på hur *just detta laboratorium* var uppbyggt och fungerade. Kvalitetshandboken

var inte ett instrument för själva ackrediteringsförfarandet, SWEDAC hade sina egna ackrediteringsmallar, utan ett arbetsinstrument för den löpande verksamheten för att denna skulle uppfylla ackrediteringskraven. Kvalitetshandboken på klinisk-kemiska laboratoriet hade därmed en helt annan funktion än den kvalitetsmanual som användes vid organisationsgranskningen.

Från början var avsikten att kvalitetshandboken skulle revideras två gånger per år, men detta ändrades till en gång per år sedan klinisk-kemiska laboratoriet i Lund påpekade för SWEDAC att det blev för arbetsamt att omarbete den två gånger per år.

Arbetet med att ta fram kvalitetssäkringshandboken samt de andra förberedelserna inför ackrediteringen pågick i ca två år: från våren 1992 till våren 1994. Efter att klinisk-kemiska laboratoriet i Lund arbetat fram de rutiner som krävdes för att bli ackrediterat, besiktigades det av SWEDAC på våren 1994. De anmärkningar som laboratoriet fick var huvudsakligen av två slag: För det första anmärkte SWEDAC på att laboratoriet inte i tillräcklig grad kommit igång med ett heltäckande system för internkontroll av datoriserad utrustning (QM), och för det andra ansågs dokumenteringen inte vara tillräckligt noggrann. Klinisk-kemiska laboratoriet fick nu sex månader på sig att åtgärda de fel som påpekats av SWEDAC.

Under hösten 1994 genomfördes interna revisioner på klinikens alla sektioner. Dessa revisioner var dels ett led i förberedelserna för den slutgiltiga ackrediteringen som skulle ske i december 1994, och dels en del av den verksamhet som ackrediteringen krävde, dvs att en eller två internrevisioner skulle genomföras årligen.

Den slutgiltiga granskningen inför ackreditering från SWEDAC:s sida genomfördes sedan i december 1994, vilket var efter det att min observationsperiod slutade.

På labgolvet

Klin-kem-lab

Enligt överenskommelse med chefsöverläkaren anmälde jag mig i klin-kem-labs reception på given dag tidpunkt. Receptionen låg på andra våningen och var den enda öppna delen av kliniken. I övrigt var alla dörrar in till korridorerna låsta. Receptionen såg ny och fräsch ut även om den inte var något stort utrymme. Den låg i yttersta delen av en av korridorerna och avgränsades på ena sidan av disken bakom vilken receptionisten och klinikens växeltelefonist satt och på andra sidan av väggen ut mot trapphuset och i ändan av en lägre disk, vilken hade en dörr in mot resten av korridoren:

Jag kommer in i receptionen går fram och presenterar mig. ”Välkommen”, säger receptionisten vänligt – ”Jag har ett passerkort till dig”. Hon räcker kortet till mig över disken och fortsätter: ”Här är alla dörrar låsta in till sektionerna. Du måste ha ett passerkort och du har fått ett som inte är tids- eller lokalbundet, så du kan gå in och ut av alla sektionerna när och hur du vill – men du måste lämna tillbaka kortet, när du slutar vara här för de är alla numrerade. Det finns en lista på dem som har passerkort. – Vi har mycket kemikalier på avdelningen som vi inte vill att obehöriga skall kunna komma åt.”

Det nyförvärvade passerkortet gick med andra ord till samtliga låsta dörrar in till de olika korridorerna. Det visade sig snabbt att det lilla kortet utgjorde en starkt legitimerande faktor på klin-kem-lab. Alla som hade ett sådant kort var på ett eller annat sätt behöriga och godkända av någon, som hade makten att bestämma vem som hade tillträde. I mitt fall var det chefsöverläkaren själv som givit sitt godkännande, men det fanns förmodligen fler som hade befogenheten att dela ut kort.

Förutom till att öppna alla låsta dörrar på kliniken gick kortet till klin-kem-labs tvättförråd i källaren. Jag kunde på så sätt hämta en vit rock att ta på över mina kläder och en blå plastinnerficka att stoppa i bröstfickan. Tillbaka igen använde jag kortet för att komma in i korridoren som låg i fortsättningen av receptionen. I denna korridor låg de tre sektionerna; akutlab, automation och provinlämning. Dessa tre sektioner utgjorde

huvuddelen (eller basverksamheten) av klin-kem-labs verksamhet. I korridoren låg även ett stort personalrum/kök, där personalen turades om att ta rast. Personalrummet var inrett med ett stort matbord och med flera sittgrupper runt låga bord. På borden låg tidningar framme och ofta satt någon och bläddrade i en tidning på sin rast. Det var flera sektioner som använde personalrummet, så där bildades flera grupper av laboratorieassistenter som satt och småpratade. Ibland satt de en och en och läste eller bara vilade. Stämningen var halvt anonym. Det var uppenbart att alla inte kände varandra, och jag kunde tex gå och sätta mig därinne och fika utan att någon frågade mig vem jag var.

Provinlämningen

var den sektion som alla prov till klin-kem-lab lämnades till under dagtid. Denna sektion låg innanför receptionen bredvid automationslab. Ute vid receptionen fanns en öppning vid en del av bänken, där prover kunde lämnas utan att den som lämnade proverna behövde gå in förbi den låsta dörren i korridoren (Som mer såg ut som en grind eftersom den var låg.). Där satt också en ringklocka så att personalen kunde höra när någon lämnade prover i luckan. Provinlämningen rymdes i ett enda rum förutom att disken också räknades till provinlämningen och denna låg i nästa korridor. Proverna som anlände hit sorterades och registrerades med hjälp av en streckkod som redan satt på provrören. Proverna kom både internt ifrån sjukhuset och externt från andra vårdenheter.

Med varje prov följde en remiss utformad så att var och en hade en streckkod, vilken fanns överförd på ett antal klisterlappar som tillhörde remissen. Dessa klisterlappar fästes på det eller de provrör som hörde ihop med remissen när provet togs. På provinlämningen lästes så dessa remisser av i en dator och registrerades därmed på klin-kem-labs datorlista, vilken kunde läsas av inom hela kliniken. Eftersom vissa prover skulle analyseras på flera sektioner var det praktiskt att ”beställningarna” kunde läsas in centralt på provinlämningen och sedan följas upp ute på de andra sektionerna. De utförande sektionerna kunde kontrollera att de verkligen gjort alla analyser de borde ha gjort genom att läsa samman datalistor över beställda och körda analyser. Ibland kom proven på

avvägar eller sattes i förvar i någon kyl istället för att skickas vidare och fick då letas upp senare av den sektion som saknade provet.

I provinlämningen arbetade fyra eller fem laboratorieassistenter med att läsa in remisserna i datorn och sortera proven vilka ömsom skickades vidare till någon av de andra sektionerna för analys ömsom förvarades i kylan, frysen eller en värmetermos, i väntan på att de skulle skickas iväg. Förutom dataterminalerna som var tre eller fyra stycken fanns det arbetsbänkar, kyl, frys och vask i rummet samt ett par centrifuger, i vilka vissa av proverna centrifugerades innan de skickades vidare. Även om själva remissen och därmed provrörens identitet och vilken eller vilka analyser som skulle utföras lästes in automatiskt, måste laboratorie-assistenterna mata in ytterligare information om patienten och beställaren för respektive remiss genom att skriva in denna manuellt på datorn. Provinlämningen var på så sätt en registrerings- och sorteringssektion där inga analyser utfördes. Det är värt att nämna att många av provrören måste hållas antingen varma eller kalla och därför anlände i olika sorters termoväskor eller boxar.

Genom remisserna och anvisningarna på hur proverna skulle tas och märkas (Det fanns till exempel provrör med olika färger på korkarna.) kunde klin-kem-lab styra eller standardisera verksamheten i ett led till, dvs ända ut till kunden. Detta var förstas nödvändigt eftersom proverna måste tas och behandlas på rätt sätt för att vara användbara till analyserna.

En onsdagsmorgon kommer jag till

Automation

och går in i ett stort gulmålat något avlångt rum med arbetsbänkar antingen längs fönsterväggen eller fristående mitt på golvet. På väggen in mot korridoren finns ett par dörrar, någon vask samt kylskåp. I båda ändar av rummet finns det arbetsstationer bestående av arbetsbänkar med tillhörande sittplatser och dataskärmar. Ovanför bänkarna finns hyllor med pärmar och häften. I den ena ändan av rummet finns vid dessa arbetsstationer dataterminaler. Borta vid fönsterväggen står det ett par stora lådliknande maskiner vars brummande – ljud får mig att tänka på ett fotolab.

Ljudet fick senare sin förklaring genom att i dessa maskiner använder man just fototeknik för att analysera proverna. Märket på maskinerna var Kodak och de kallades allmänt för ”Kodakmaskinerna”. Största delen av rutinanalyserna gjordes i dessa. Likadana (eller liknande) maskiner fanns också på några av de andra sektionerna. En centrifug stod på arbetsbänken vid sidan av den ena kodakmaskinen, men i övrigt var här inte många maskiner.

Som namnet antyder var automation i princip en helautomatiserad sektion där den största delen av rutinanalyserna genomfördes. Detta innebar att det till sektionen dagligen kom 600 - 800 blodprover och mellan 30 och 50 urinprover, på vilka det genomfördes 3000 - 4000 analyser.

I början tyckte jag att det var svårt att förstå vad de olika laboratorieassistenterna gjorde. Jag kunde se att de bar proverna från det ena stället till det andra och stod eller satt framför dataskärmarna och tittade igenom datalistor, bläddrade i manualer – men vad gjorde de egentligen? De verkade arbeta individuellt, alla enligt ett eget mönster.

De cirka åtta laboratorieassistenterna, som befinner sig i rummet, rör sig fram och tillbaka mellan de två Kodakmaskinerna, arbetsbänkarna, och några dataterminaler i arbetsbåsen där telefonerna ringer med jämna mellanrum – de bläddrar också ofta i pärmar och A4 häften som finns vid de olika arbetsbänkarna och maskinerna – jag har mycket svårt att förstå vad de egentligen gör.

Efter några dagars observation började jag se ett mönster i laboratorieassistenternas arbete. De arbetade vid olika arbetsstationer i vilka några få arbetsmoment ingick. En laboratorieassistent kunde tex vara ansvarig för att fylla på och tömma centrifugen samt bära över proverna till bänken i mitten av rummet. En annan hämtade proverna där och fyllde på den ena av de stora analysapparaterna och satte igång den. Sedan satt andra laboratorieassistenter framför dataskärmarna och kontrollerade analysresultaten. Om de var inom rimliga gränser, godkändes de med laboratorieassistentens signatur och skickades iväg. De interna analyssvaren dvs de inom sjukhuset, skrevs ut direkt på skrivare inne på den avdelning som hade skickat proverna. Ibland ringde personal från avdelningarna för att undersöka om svaren fanns tillgängliga fast de inte var ivägskickade. Likaså ringde många från andra vårdenheter än

sjukhuset för att få analysresultat. Dessa telefonsamtal besvarades i allmänhet av dem som redan satt vid dataterminalerna där också telefonerna fanns.

Arbetet på Automationsektionen kan även beskrivas genom att man följer provernas gång genom sektionen:

Först hämtas proverna i provinlämningen. De står i ett slags trådställningar som de bärs runt i – trådställningarna med proverna i ställs antingen på arbetsbänken i mitten av rummet eller i kylskåpet – från bänken eller kylskåpet till centrifugen och sedan tillbaka till bänken samt därifrån till analysapparaten. Efter analysen bärs proverna till bänken igen där de sorteras. En del som skall vidare för ytterligare analys på andra sektioner och andra som sparas i kylskåpet.

I de flesta fall sparades proverna någon vecka för säkerhetsskull om de eventuellt behövde användas mer.

Laboratorieassistenterna verkade i stort sett sköta sina arbetsuppgifter utan att bli störda utifrån särskilt ofta. Däremot kom deras arbete av sig när maskinerna eller rutinkontrollerna inte fungerade. Det verkade vara en hel del ”strul” med de stora Kodakmaskinerna och den nya QM (Quality Management) internkontrollen. QM-kontrollen kördes med jämna mellanrum över dagen för att testa maskinerna. Testerna bestod av en uppsättning prover för vilka värdena redan var kända. Stämde inte resultatet som maskinen visade var det fel på maskinen. Dessa avancerade maskiner kunde vara feljusterade eller felinställda och ingenjörerna spelade därför en viktig roll i det dagliga arbetet.

Ibland verkade laboratorieassistenterna närmast uppjagade när de var tvungna att köra testerna för tredje gången utan att de hamnade på rätt värde. På så sätt stod verksamheten ibland still för att testkörningen inte blev godkänd och därmed kunde inte proverna köras.

Akutlab

var som automationslab inrymt i ett enda stort rum på andra sidan korridoren. Denna sektion var på många sätt speciell. Här gjordes analyser dygnet runt alla dagar på året och alltid under tidspress. Ofta

hängde klinikernas avgöranden på labresultaten och detta låg i luften på denna sektion. Det var bråttom och det var akut.

På akutlab gjordes en mängd olika analyser vilka var automatiserade i olika grad. Detta märktes på utrustningen som var betydligt mer komplicerad och mångfacetterad än på automationslab. I rummet fanns olika arbetsbänkar som gick ut i rummet från ena långsidan. De bildade en sorts stora arbetsbås med arbetsbänkar på tre håll. På bänkarna stod olika maskiner och instrument och ovanför fanns hyllor med pärmar och papper. Dessutom låg det böcker och pärmar på själva arbetsbänkarna. Det fanns också kemikalie- och förbrännings-skåp. I varje bås satt mellan en och tre laboratorieassistenter, oftast vid var sin bänk.

Precis som på automation arbetade laboratorieassistenter vid olika arbetsstationer och cirkulerade på veckobasis för att hålla kunskapen uppe om alla de olika analysmetoderna. Jag hörde många av dem som gick efter schema, säga att det var svårt att hänga med i alla ändrade rutiner. Exempel på sådana rutiner kunde vara hur mycket olika prover skulle spädas, om och hur de skulle kalibreras osv. På akutlab var det fler laboratorieassistenter som arbetade samtidigt än på automation. Laboratorieassistenterna verkade också röra sig och kommunicera mera här än på automation. De mera komplicerade proven fick bäras mellan fler arbetsstationer och vissa maskiner fick användas till flera analyser. Laboratorieassistenterna arbetade oftast efter manualer eller andra anvisningar.

På dagtid fanns det en någorlunda jämn eller ”normal” fördelning av de olika analyserna, vilket gjorde det möjligt att dela upp personalen i olika arbetsstationer. På kvällsskiftet arbetade personalen i lag som tog hand om vissa arbetsstationer. Den var betydligt flexiblare och alla kunde hugga i där det behövdes mest, eftersom det var lite svårare att förutse vilka analyser som skulle komma att bli beställda. På nattsiftet hade personalen däremot ingen uppdelning alls, då det var helt oförutsägbart vilka analyser som skulle komma att göras under natten. Ofta fick personalen på natten dela upp sig och springa till andra sektioner för att utföra akuta analyser, som det inte gick att utföra på automations maskiner. Nattetid ställde personalen på akutlab även upp och tog emot prover från barnkliniken och dem fick de ofta gå och ta själva, vilket

gjorde att det blev färre laboratorieassistenter kvar vid den övriga verksamheten.

Kvälls- och nattskiftet fick oftast prover genom rörpost, som var kopplad till akutlab från hela sjukhuset. Av denna anledning och att provinlämningen var stängd kvällar och helger hade akutlab en egen utrustning för avläsning och registrering av remisser. Den person som tog emot proverna, vilka på kvällstid kunde lämnas in från tre håll i båda ändar av korridoren samt genom rörposten, arbetade snabbt för att sortera proven enligt analystyp i olika trådställningar. En annan laboratorieassistent körde remisserna genom registreringen och ytterligare en annan laboratorieassistent kom sedan och tog proverna och satte dem i centrifugen. Sedan bar det av till de olika arbetsstationerna, där proverna förbereddes på olika sätt och sedan analyserades eller helt enkelt kördes i den helautomatiska Kodakmaskinen. På akutlab var det, speciellt under kvällsskiftet, ett ständigt avvägande för laboratorieassistenter, om de skulle vänta på fler prover av samma sort eller köra igenom de befintliga proven så snabbt som möjligt.

Att skicka prover för analys på akutlab var dyrare än att göra motsvarande analys på de andra sektionerna.

De övriga sektionerna

förutom de ovannämnda sektionerna, provinlämningen, automation och akutlab, var avsevärt mindre både när det gällde antal genomförda analyser och personalmängd. Graden av automation var olika från sektion till sektion i fallande skala från automationslab till manuell kemi. På sektionen manuell kemi utfördes sådana analyser som inte blivit automatiserade ännu, dvs som var rätt så nya och sådana som gjordes så sällan, att det inte var lönt att automatisera dem. På manuell kemi gjordes även sådana analyser som inte gick att utföra på de snabba sektionerna, eftersom de tog dagar att genomföra (Det prov som tog längst tid tog en hel vecka!). Där fanns inte lika mycket apparatur som på automation och akutlab, men det fanns en automatiserad analysmaskin, vissa mätinstrument och någon centrifug. Annars såg det ut som en oinitierad tänker sig att ett lab ser ut: Flaskor och behållare stod framme tillsammans med brännare, pipetter och olika kemikalier. Laboratorie-

assistenten hällde mellan olika rör och räknade värden manuellt. Varje analys för sig utfördes dock på ett standardiserat sätt. Det fanns mycket noggranna beskrivningar för hur varje analys skulle genomföras, och oftast användes färdiga analyskitt vid laborationerna, dvs att alla lösningar och reagenser som skulle användas till en särskild analys fanns i ett färdigt analyspaket.

På skalan mellan manuell kemi och Automation var de flesta andra sektionerna rätt automatiserade. Det fanns oftast en eller två automatiska analysmaskiner som utförde analys av rutinproverna, och sedan fanns olika moment som gjordes manuellt. Ett exempel på prov som analyserades både automatiskt och manuellt var räknandet av vita blodkroppar på hematologilab. Själva analysen eller räknandet av vita blodkroppar skedde automatiskt i en datoriserad maskin, men de prov som visade förhöjt antal vita blodkroppar kontrollerades manuellt, genom att laboratorieassistenterna själva räknade blodkropparna i mikroskop. Ytterligare andra analyser gjordes som en bedömning av hur ett prov ser ut. Ett exempel var på hematologisektionen där diffarna måste bedömas av ett tränat öga: Laboratorieassistenterna bedömde ett givet prov utifrån sina erfarenheter av hur ett friskt eller sjukt prov såg ut. På proteinsektionen utfördes analyserna huvudsakligen med halvautomatiska analysinstrument.

Analystiden och därmed svarstiden kunde variera en hel del. De flesta rutinanalyserna gick snabbt och kunde besvaras inom någon eller några timmar. Flera andra analyser kunde man ge svar på inom något dygn, men det fanns också analyser som kunde ta veckor.

En mycket udda sektion på kliniken var provtagnings- och belastningsavdelningen. Där gjordes inga analyser alls utan dit skickades patienter för provtagning och/eller funktionsundersökning. Detta var således den enda sektionen som hade patientkontakt.

Något jag lade märke till var att läkarna verkade mera aktiva på de mindre automatiserade laben och där analyssvaren krävde bedömning. I övrigt var läkarna mestadels en frånvarande chef som trots allt hade det slutgiltiga ansvaret.

Kommunikation information och dokumentation

var viktiga delar i laboratorieassistenternas arbete, även om jag kanske uppfattade kanske kommunikationen personer emellan som minst viktig. På klin-kem-lab sköttes kommunikationen mestadels genom skrivna meddelanden och rapporter. Laboratorieassistenterna följde till stor del manualer eller verksamhetsbeskrivningar i sitt arbete. Det fanns manualer och rekommendationer vid alla maskiner. Vid centrifugen fanns det tex bilder på hur maskinen skulle fyllas på och hur den inte fick fyllas på. Uppenbarligen kunde centrifugen bli obalanserad om proverna fylldes på fel. Fylldes det på för få prover fanns det tyngder att komplettera med. Även till de mest automatiserade maskinerna fanns det anvisningar om hur proverna skulle spädas till olika analyser samt hur maskinen skulle ställas in.

Det fanns inte några direkta genomgångar eller samlingar på klin-kem-lab. Visserligen lämnade en laboratorieassistent över till nästa genom att berätta var i processen de olika provrören fanns, men i övrigt verkade det inte finnas mycket att berätta om det inte var så att exempelvis någon av maskinerna var sönder och att provrören därför var spridda runt på andra sektioner för analyser.

I korridoren där akut och automationslab låg fanns olika anslagstavlor och blädderställ på väggarna. Där fanns information som gällde för dagen – som vilka laboratorieassistenter som var ambulerande – vem av ingenjörerna eller sektionscheferna som var bortresta eller på möten. Dessutom sattes protokoll från olika möten upp där.

När nya analyser eller analysmetoder introducerades, gjordes det oftast genom nya manualer och att alla skulle ha så kallade körkort till olika maskiner och analyser. Dessa körkort fick personalen genom att visa upp för klinikledaren att de klarade av att genomföra analyser på en given maskin. Vilka som hade körkort till de olika maskinerna dokumenterades av sektionsledaren. Alla instrument fanns också dokumenterade i en instrumentförteckning.

Alla fel och misslyckade testkörningar skulle registreras i en så kallad loggbok, som fanns till varje maskin på sektionen. Varje notering signerades med en kommentar om vad som gjorts för att avhjälpa felet eller problemet.

Laboratorieassistenterna verkade inte behöva kommunicera särskilt mycket sinsemellan för att utföra sina sysslor men jag hörde ofta kommentarer som: ”Men varför gör den på detta viset?”, ”Hur gör man när den visar så här?”, ”Hur skall vi göra med den här testkörningen?”, ”Ska det verkligen vara så här?” (om datorerna). Okunskapen visade sig delvis bero på det nya kvalitetskontrollsystemet QM. Andra kommentarer som hördes ofta var: ”Är dessa körda?”, ”Det är väl de här som skall köras?”, ”Vilka är dessa?”, ”Hur mycket skall dessa spädas?” (syftande på ett ställ med prover).

Klin-kem-labs arbetsorganisation

utgick från cirkulationsmetoden för att arbetet skulle fördelas. Laboratorieassistenterna cirkulerade på de större och mera automatiserade sektionerna mellan olika arbetsstationer på veckobasis. På så sätt fick alla lära sig de olika maskinerna och sätta sig in i de kontinuerliga förändringarna på sektionerna. Denna cirkulationsmetod verkade vara utjämnande rent hierarkiskt. Alla fick ju göra. I princip var det dessutom meningen att personalen (åtminstone laboratorieassistenterna) skulle byta sektion med ungefär två års mellanrum.

De flesta laboratorieassistenterna på kliniken ingick i ett schema. Att ingå i ett schema innebar att vara uppsatt på ett rullande schema där kvälls- och helgarbete ingick. Detta arbete på obekvämt arbetstid utfördes på akutlab, vilken var den enda sektionen som var öppen hela dygnet runt, alla dagar på året. Nattskiftet på akutlab utgjordes dock av en separat grupp laboratorieassistenter som inte ingick i den övriga schemalaggnings. Dessutom var en del av personalen ambulerande och kunde med kort varsel bli inkallad för att ersätta någon på andra sektioner. De ingick i ett slags pol trots att de redan arbetade på en sektion.

Alla som gick ”i schema” var indelade gruppvis, så att de följdes åt och arbetade tillsammans i olika grupper. Detta gällde även personalen generellt som oftast var grupperad så att några stycken hade samma schema och därför kom att arbeta tillsammans. På de två största sektionerna, akut och automationslab var cirkulationen av laboratorieassistenter från andra sektioner i alla fall så stor att jag blev ofta tagen för

en ”ambulerande” laboratorieassistent i början och fick frågor som: ”Hej skall du vara med oss?”, ”Vilken sektion tillhör du?”, ”Vem jobbar du för?” osv. När jag dök upp på de mindre sektionerna undrade personalen däremot vem jag var och vad jag ville.

Många av laboratorieassistenterna arbetade deltid i olika former. Att arbeta fyra dagar i veckan, alltid sluta klockan två, eller arbeta en viss procentsats var inget ovanligt. Därför innebar schemaläggandet en hel del pusslande och systemet krävde den buffert som de ambulerande fick utgöra.

Eftersom de olika analyserna på manuell kemi ofta skilde sig både till karaktär och antal, varierade arbetet där mer än på många andra sektioner. Ofta kunde det vara svårt att veta exakt vilka analyser som skulle komma att dyka upp och eftersom de sedan tog så olika lång tid blev arbetsschemat ett individuellt pusslande för varje laboratorieassistent. Deras arbete kunde därför variera en hel del från dag till dag eller från vecka till vecka. Arbetet på de mera automatiserade sektionerna var mer uppdelat i olika arbetsmoment. Ju mindre automatiserat desto mindre uppdelade var laborationerna i olika arbetsstationer, vilka bemannades av olika laboratorieassistenter.

I den dagliga verksamheten på de olika sektionerna var det till största delen laboratorieassistenter som arbetade. Ingenjörerna hade arbetsuppgifter som var rätt specificerade till justeringar och underhåll av maskinerna. På någon avdelning fanns det en kemist, och sedan var det läkarna som var chefer och tillika de som hade det slutgiltiga ansvaret för analyserna. I det dagliga arbetet var dock laboratorieassistenterna ansvariga och de arbetade på så sätt i en mycket ohierarkisk organisation. Endast på några få sektioner var läkarna tvungna att signera analysresultaten.

Avbrutna i sitt arbete

blev laboratorieassistenterna först och främst när maskinerna eller internkontrollerna inte fungerade. Ibland var det inte interntesten därför att maskinerna helt enkelt var lite felinställda. Ingenjören kallades då till hjälp och medan felet åtgärdades stod ofta verksamheten still. I dessa fall

föreslog ofta laboratorieassistenterna att proverna skulle köras på någon annan sektion, som hade maskiner vilka kunde klara av de aktuella analyserna. Oftast var det akutlabs maskin som lånades i den mån det gick. Några analyser kunde genomföras ytterligare någon annan stans och laboratorieassistenterna fick springa mellan de olika sektionerna med proverna, medan andra försökte få rätt på maskinerna.

När ingenjören fanns i närheten åtgärdade han/hon felet, men jag blev också ett flertal gånger vittne till att laboratorieassistenterna själva försökte avhjälpa felet. De öppnade ofta maskinerna och gick igenom olika funktioner som de visste kunde falla. Ibland signalerade maskinen själv vilket felet var genom att en lampa eller skylt lyste. Men laboratorieassistenterna kunde vara rätt duktiga på att gissa sig till vad som var fel. Ett mycket minnesvärt exempel var en gravid laboratorieassistent som envist försökte laga en av automationsektionens Kodak-maskiner. Egentligen kom hon inifrån akutlab där en analysapparat krånglade under kvällsskiftet. Ingenjören var bortrest på konferens och laboratorieassistenterna bestämde sig då för att köra proverna inne på automationslab istället. Men även den maskinen hakade upp sig. Felet där var dock mera synligt enligt laboratorieassistenten, som ansåg sig kunna se att en ”grej” hamnat fel och att om man bara kunde få ut den skulle det ordna sig.

”Om jag bara visste vilka verktyg som skall användas till den här maskinen”, säger hon och letar i alla underskåp – hon hittar verktyg i ett av skåpen – hon provar olika verktyg – inget har den rätta formen. Ett av skåpen är låst – hon rycker i dörren och säger ”det rätta verktyget är säkert där men ingenjören har nyckeln” – hon tittar noga efter en gång till och säger ”man borde kunna bända loss den – det behövs en grej med den här formen” och hon visar med händerna vilken form hon menar.

Sedan for hon runt bland hyllor skåp och lådor ända ut till personalköket för att leta efter någonting som hade denna form. Hon kom tillbaka i omgångar och prövade olika instrument och köksattiraljer, vilka hon tyckte hade den formen hon sökte. Tyvärr lyckades hon inte utan lösningen blev att springa till ytterligare en sektion som låg längre bort, där det fanns en maskin som kunde utföra samma analyser.

Det verkade vara en hel del ”strul” med de stora Kodakmaskinerna och den nya QM-kontrollen (Quality Management), vilket ledde till att

verksamheten kom av sig ibland. Det datoriserade testprogrammet kördes i alla de större datoriserade analysmaskinerna. Detta QM-program hade mycket snäva marginaler för den tillåtna variansen av analyssvaren. Dessutom visade det sig att det fanns ett enda intervall som gällde oavsett analystyp eller vilka behov klinikerna hade. För att testa maskinerna kördes testkörningar med jämna mellanrum under dagen. Testerna bestod av set av prover för vilka värdena redan var kända. Stämde inte resultatet som maskinen visade så var det alltså fel på maskinen. Dessa avancerade maskiner kunde vara feljusterade eller inställda och eftersom QM-kontrollen hade så snäva marginaler, blev testkörningarna inte accepterade vid allra minsta felinställning på maskinerna. Förutom att verksamheten avstannade vid dessa tillfällen tog det en hel del tid för laboratorieassistenterna – ofta sektionsledarna, att dividera över datalistor för att försöka läsa ut vad som var fel.

Ytterligare ett störningsmoment var prov som kom på avvägar och som aldrig nådde fram till den av sektionerna där det skulle analyseras. Laboratorieassistenterna hade så kallade ”batchlistor”, dvs listor på genomförda analyser på just den sektionen, som de jämförde med de analyser som var beställda och därmed kunde se om det saknades analyser. De proven fick då letas upp där de stod, oftast i någon annan sektions kylskåp i vilket de antingen hamnat fel eller inte skickats vidare helt enkelt. Detta kunde sysselsätta en laboratorieassistent en bra stund.

SWEDAC's ackreditering istället för Lundamodellen

var klin-kem-labs melodi. De sa sig därför inte vara särskilt engagerade i sjukhusets övergripande granskningsarbete. ”Vi kommer automatiskt att uppfylla alla kraven för Lundamodellens audit om vi uppfyller SWEDAC:s krav”, förklarade chefsöverläkaren för mig ”detta (syftar på ackrediteringen) är mycket mera omfattande”. Det var uppenbart att all personal också hade fått dessa signaler från ledningen. När jag frågade olika personer i personalen om de kände till och arbetade med Lundamodellen fick jag till svar att visst kände de till den, men att de hade fått anvisningar om att de inte behövde bry sig om den. Det var ändå förvånansvärt många som hade bläddrat i organisationsgransknings-

manualen och jag hittade den i samma hylla som Ackrediteringshandboken på de större sektionerna.

En eftermiddag när jag gjorde min observation på akutlab hade en laboratorieassistent på automation blivit utfrågad av en interngranskare som utförde granskning i Lundamodellens anda. Denna interngranskning var ett led i förberedelserna inför Lundamodellens externa granskning som genomfördes på hela sjukhuset i nov 1994. Tyvärr missade jag själva granskningen, men jag hörde följande samtal på lunchrasten dagen efter:

Den ena laboratorieassistenten säger till den andra: ”Jag hörde att du råkadde ut för en interngranskning igår, hur var det?”, ”Ja, usch”, svarade den andra ”jag har ju varit tjänstledig ett tag, så jag är inte alls inne i de här sakerna och sedan hade vi ju fått höra att vi skulle strunta i den kvalitetsgranskningen – men jag svarade så gott jag kunde och när de ville veta var vi har vår organisationsplan och sådant kunde jag ju svara, fast på någonting fick jag också säga att det vet jag inte eller att den listan har säkert sektionsledaren”.

Det enda stället på klin-kem-lab där jag såg att de läste Lundamodellens kvalitetspärm, var på provtagningen/belastningen, vilket kanske berodde på att de identifierade sig mer med en vanlig vårdavdelning, eller på att det inte fanns mycket att ackreditera på sektionen.

Internrevisioner

Internrevisioner eller interngranskningar som de också kallades genomfördes på klinikens alla sektioner under hösten 1994, då min studie pågick. Dessa revisioner var ett led i förberedelserna för SWEDAC's ackreditering som skulle ske i januari 1995 och en del av den verksamhet som ackrediteringen krävde, dvs att en eller två internrevisioner skulle genomföras årligen på alla sektioner. Jag deltog i alla utom en av klin-kem-labs internrevisioner.

Dessa gick till så att de två laboratorieassistenterna, som var ansvariga för kvalitetsarbetet på klin-kem-lab, blev revisorer som gick runt med sektionschefen, sektionsläkaren och ingenjören på respektive sektion. Revisionen utfördes efter en mall som de kvalitetsansvariga hade med sig (se bilaga). Någon av de deltagande skrev ett protokoll över revisionen

som sedan förvarades i en pärm för att de utifrån kommande revisorerna, de från SWEDAC, skulle kunna kontrollera att internrevisionerna fungerat och att adekvata åtgärder vidtagits. Det som följer är exempel på vad som dök upp som diskussionsämne på de olika sektionernas internrevisioner.

Körkort och metodbeskrivningar

hade de flesta sektionerna en mycket bra ordning på. Trots att personalförteckningen på akutlab omfattade 60-70 personer verkade sektionsledaren ha de flesta körkort (tillstånd att få manövrera maskinerna) och metodbeskrivningar klara.

Däremot konstaterade revisorerna vid internrevisionen på provinlämningen, att det inte fanns någon beskrivning på hur det skulle diskas, dvs att en metodbeskrivning saknades till sektionens speciella diskmaskin:

”Men alla vet ju vad som skall göras och hur de skall göra det, så det har vi aldrig skrivit ner någon beskrivning på”, säger sektionsledaren, ”men det kan ni väl göra – det är inget märkligt – skriv bara hur ni brukar göra så att vem som helst skall kunna komma utifrån och läsa sig till hur man diskar”, svarar sektionsläkaren.

Internkontrollen QM

hade de flesta sektionerna som hade större datoriserade analysutrustning av olika slag eller så var de på väg att installera QM som internkontroll på maskinerna. Över lag var man rätt konfunderad över detta system och olika kommentarer och frågor som: ”Kan det vara möjligt att skyffla QM fram och tillbaka till Vaxen för att spara den?” – ”Detta system är mer rigigt än det vi hade innan.” – ”Vad gör man om man ligger på ena eller andra sidan av QM-linjen eller när linjen drar iväg åt ena hållet?” frågades vid flera tillfällen. Ingen verkade dock ha ett riktigt bra svar att komma med. Det positiva med QM sades vara att det gav långa serier, så att testerna kunde följas under lång tid. Det negativa var att systemet upplevdes som något oflexibelt – det gick tex inte att klicka på någon del och gå in i den och se vad den stod för. Personalen var uppenbarligen något tveksam till detta system och påpekade att det tog ett par timmar varje dag att ”mecka” med det.

På ett av de mindre, halvautomatiserade ”labben” framförde ingenjören följande kritik mot QM:

”Det är svårt att sätta gränser för kontroller – han (refererar till QM-specialisten) förstår ju inte eftersom han är en automationsmänniska – och det är ju inte vi – proteinlab har samma problem – vi tycker inte att QM ger oss det vi vill ha utan vi har vårt eget inarbetade system som är bra.”

Externa kontroller

Alla sektionerna hade även externa kontroller. Akutlab använde tex SEQLA en gång i veckan och MUREX varannan vecka. De tyckte att SEQLA hade en fördel för sin snabbhet men att MUREX visade hur Kodak-analyserna låg i förhållande till övriga analyser (gjorda med annan apparatur). De externa kontrollerna kostade mellan fem och tio tusen kronor i månaden. Men det är ju så SWEDAC vill ha det konstaterade någon och ingenjören sköt in att ”det är en himla massa papper för ingenting”. Det drogs en parallell mellan SWEDAC och trafikpolisen: ”De skall ju bara se till att allt går rätt till”.

Loggboken

Internrevisorerna påpekade flera gånger under de olika revisionerna att alla fel och avbrott skulle registreras i loggboken, och att dessa kommentarer i loggboken alltid måste signeras av den som skriver in dem tillsammans med datum och klockslag, samt vilka åtgärder som vidtagits för att avhjälpa felet.

Kyl och frys

Kylarna och frysarna som i princip fanns till varje sektion var ett ständigt återkommande diskussionsämne. Under revisionen på akutlab sas följande exempelvis:

”Det måste stå vem som har ansvar för kyl och frys”, påpekar den ena inernrevisorn, ”vi har ju gjort det lite besvärligt för oss med det här min- och maxmätandet – vissa mäter ju bara när de kommer på måndag morgon då värdet är som bäst – det ser ju bra ut i protokollet

– men då mäter man bara det man vill mäta och vad är det för vits med det – vi måste bedöma hur vi vill lägga oss – det blir dåliga värden på en kyl/frys som används mycket och ständigt öppnas om man tar ständiga min- och max värden – det är väldigt frustrerande med sådant som inte går att åtgärda”.

På en annan mindre sektion:

”Frysarna har inte riktigt fungerat”, säger sektionsledaren, ”men det har ni inte skrivit i protokollet – det måste stå i protokollet – man skall skriva ett J eller ett N och sedan vad man tar för åtgärd”, säger den ena internrevisorn bestämt. ”Jaså, det visste inte jag”, svarar sektionsledaren – ”Nej men det är ju just för sådana saker som denna internrundan är till för”, påpekar den andra internrevisorn.

Sektionsledaren på provinlämningen berättade också att frysarna inte visade så bra värden på min-maxmätningen:

”De fungerar ju inte riktigt som de skall, men jag vet inte hur problemet skall lösas utan att det skaffas nya mera effektiva frysar och det har sektionen redan hade bett om.” ”Men skriv det då i loggboken”, säger sektionläkaren – ”Jaså, skall vi göra det?” frågar sektionsledaren” – ”Javisst, man skall skriva som det är och samtidigt tala om att man äskat nya maskiner”, förklarade sektionläkaren, ”då kan inte ledningen klaga på oss, vi har gjort vad vi har kunnat med de maskiner vi har – skall det bli bättre krävs det bättre maskiner.”

Klagomålspärm

I klagomålspärmen skulle klagomål som kom utifrån registreras:

Sedan kontrolleras klagomålspärmen och den ene internrevisorn säger att man inte skall tveka att skriva in beröm också och därpå säger hon – ”Det är ju inte bra att inte ha några klagomål alls heller – då blir nog SWEDAC misstänksamma – så det är ju inte eftersträvansvärt att inte ha några klagomål alls.”

Diskussionen om vad som var viktigt för SWEDAC fortsatte och ingenjören konstaterade att

”annars är det ju spårbarheten som är viktig för SWEDAC. Det skall gå att se vem som har gjort vad och när.”

Icke ackrediterbart

Diskussionsämnet på hematologisektionen var framför allt att differentialräkning (av bl a vita blodkroppar i blod) inte kunde ackrediteras. Sektionsledaren uttryckte sig som så:

”Det är ju storheter och enheter man ackrediterar och så kan man ju inte utvärdera differentialanalyserna – de är ju en bedömningsfråga.”

Sektionen hade skaffat en kontroll från Amerika för att bedöma differentialanalyserna. Kontrollen gick ut på att det skickades över diabilder från Amerika av olika celler vilka redan hade blivit analyserade. Bilderna hade blivit bedömda av hundratals eller tusentals läkare och laboratorieassistenter, som genom konsensusbeslut kom fram till hur bilderna (proverna) skulle bedömas. I Sverige fick sektionen bilderna utan svar. De fick själva besvara dem och sedan skicka dem tillbaka till USA. Där jämfördes sedan svaren med de tidigare svaren och resultatet skickades så tillbaka till sektionen i Sverige. Sektionsledaren påpekade att denna kontroll fungerar mycket bra samt att sektionen haft bra resultat på kontrollerna. Det konstaterades dock att trots denna till synes rejäla kontroll kunde inte differentialanalyserna ackrediteras, eftersom resultaten inte var mätbara i siffror utan ”bara” en bedömningsfråga.

Vid internrevisionen på provtagningen/belastningen framgick det att det inte fanns mycket att ackreditera. Det fanns exempelvis varken interna eller externa kontroller. Revisorerna försökte ändå påpeka sådant som kunde göras som var i linje med ackrediteringen. Dokumentation av arbetsrutiner skulle finnas i större omfattning och beskrivning av hantering av patienter saknades. Kylarna kunde som alltid diskuteras och det beslöts att marginalen kunde ändras till +10, därför att den ändå aldrig höll lägre temperatur och innehållet inte krävde mer heller. Personalen redovisade rutiner för att rapportera vidare till läkare om patienter som reagerat under provtagning, tex genom att svimma. ”Det måste finnas en lista på vem som får pipettera”, påpekade revisorerna som annars verkade lite bortkomna, eftersom det inte fanns särskilt mycket för dem att ta tag i på denna sektion.

När internrevisorerna frågade efter externa kontroller på akutlab, visade det sig att det inte fanns några sådana kontroller för koagulations-

proverna då de inte var mätbara på rätt sätt. Därför skulle de inte komma att ackrediteras överhuvudtaget.

Vid internrevisionen på manuell kemi var det någon som fick syn på ett kylaggregat och undrade om det fanns uppsatta gränser för det. Alla verkade lite tagna på sängen, för det var uppenbart att ingen hade tänkt på kylaggregatet:

”Det har nog så breda marginaler att det inte behövs”, sa kemisten.

”Ja, men borde man inte ha skrivit något ändå”, undrade den ena revisorn.

Diskussionen dog ut i något slags konsensus om att visst gick det att skriva ner fast det kanske inte var någon idé.

När internrevisorerna påstod att de var klara på akutlab, föreslog läkaren att de skulle gå runt och tala med andra ur personalen. Hon påpekade att den interna revisionen enligt hennes bedömning borde vara en timmes kontroll av rutiner och en timmes kontroll ute bland personalen: *Det är ju dem det gäller egentligen*. Internrevisorerna lät sig övertalas men det märktes att de var mycket osäkrare i denna situation.

Annat om vad ackrediteringen innebar

fick jag veta på ett internutbildningmöte för personalen om just ackrediteringen och genom samtal med personalen.

- Att klin-kem-lab hade övergått till att köpa ackrediterat glas i alla sina provrör och annan glasutrustning, vilket var tre gånger dyrare än det piratglas de hade köpt tidigare.
- Att om det görs avvikelser från kvalitetsbestämmelserna skall det dokumenteras i loggboken och kan endast bestämmas av sektionsläkaren.
- Att arbetet inför ackrediteringen hade inneburit att dokumenteringen av personaladministrationen ökat. Bland annat skulle alla anställdas kompetens dokumenteras.
- Att den tid då sektionerna arbetade med utformningen och implementeringen av kvalitetshandboken, upplevdes som en mycket kreativ period av personalen. De fick då vara med och lösa hur olika

krav från SWEDAC skulle bemötas. Som en administrativ chef uttryckte det: ”Alla sektionerna hade tagit fram kreativa lösningar” på de problem som ackrediteringen skapade.

- Att personalen visserligen hade tyckt att kvalitetsarbetet var krävande – speciellt i början – men att de också var mycket stolta för att de skulle bli ackrediterade.

Vad blev det av idén på sjukhuset?

Efter observationen: Slutbesiktningen

Enligt läkaren som var projektansvarig för ackrediteringsarbetet på klinisk-kemiska laboratoriet i Lund blev detta (klinisk-kemiska laboratoriet vid Universitetssjukhuset i Lund) ackrediterat under våren 1995 av SWEDAC.

Själva slutbesiktningen eller granskningen genomfördes i december och gick till på så sätt att SWEDAC i samråd med laboratoriet utsåg två tekniska bedömare, som tillsammans med en handläggare från SWEDAC fick komma och utvärdera laboratoriet och i vilken mån det uppfyllde kriterierna för ackreditering. De två tekniska bedömarna kan enligt SWEDAC:s regler komma från någon av de olika yrkeskategorierna som finns på ett klinisk-kemiskt laboratorium. Dessa två tekniska bedömare gick runt ute på de olika sektionerna och kontrollerade så att instrument, arbetsbeskrivningar och körkort var i ordning. Alla fel de hittade skrevs på sk avvikelserapportblad. Handläggaren i sin tur kontrollerade de mera centrala dokumenten som kvalitetshandboken, personalförteckningar och annat. Alla fel och brister sammanställdes sedan av de två bedömarna och handläggaren. Ackrediteringsarbetet tog ca två dagar vid klinisk-kemiska laboratoriet och på slutet fick laboratoriet en första preliminär rapport om vilka fel och brister som fanns på laboratoriet. De två tekniska bedömarna och handläggaren skrev sedan var sin slutrapport om det de ansåg behövde åtgärdas för att laboratoriet skulle få ett ackrediteringsbevis.

Ackrediteringsteamerna utgår inte från någon mall, när de ackrediterar ute på laboratorierna eftersom SWEDAC anser att

”om man skriver en mall är risken att man bara följer den och därför inte ser utanför ramarna på den – då kan man missa mycket annat.”

(En av SWEDAC:s handläggare)

Efter att laboratoriet åtgärdat de fel och brister som bedömningen ledde till, beslöt SWEDAC att ackreditera laboratoriet.

Som bevis för ackrediteringen fick laboratoriet rätt att använda sig av ackrediteringsmärket med Tre kronor, vilket får utnyttjas i den del av verksamheten som omfattas av ackrediteringen. Dessutom fick laboratoriet ett ackrediteringsbevis som hängdes på väggen i entrén.

Det visade sig ha varit ett klokt beslut av klinikledningen att satsa på ackrediteringen:

”Vi hade ju en fantastisk timing där, för vi fick ju vårt ackrediteringsbevis i princip samtidigt som hela Medanalysskandalen bröt ut. Det har väl nog inneburit att kanske både politiker och beslutsfattare har fått upp ögonen för det här med att det är viktigt att producera resultat med kvalitet.” (En läkare på klinisk-kemiska laboratoriet)

Att klinisk-kemiska laboratoriet skaffat kvalitetssäkring i rätt tid är helt klart, för landstingen i Skåne tog något år senare ett principbeslut om att alla medicinska laboratorier skulle vara ackrediterade vid slutet av 1998.

På klinisk-kemiska laboratoriet påstod de ansvariga för ackrediteringsarbetet att de inte hade varit särskilt engagerade i sjukhusets övergripande granskningsarbete, utan att de satsat helhjärtat på ackrediteringsarbetet. En anledning var enligt chefsöverläkaren att SWEDAC:s ackreditering var mera omfattande som kvalitetssäkring än vad organisationsgranskningen var:

”Vi kommer automatiskt att uppfylla kraven för Lundamodellen om vi uppfyller SWEDAC:s krav...detta (syftar på ackrediteringen) är mycket mer omfattande.”

Trots detta var organisationsgranskningen mera synlig på klinisk-kemiska laboratoriet än den hade varit på de två vårdavdelningarna. Bland annat fanns organisationsgranskningspärmen lättillgänglig på alla sektioner. Alla laboratorieassistenter jag pratade med visste om organisationsgranskningen, även om de ofta relaterade den till ackrediteringen genom att säga

att de inte var så engagerade i organisationsgranskningen, eftersom de arbetade med ackrediteringen istället. Den läkare som var projektansvarig för ackrediteringsarbetet hade tom positiva erfarenheter av organisationsgranskningen:

”Organisationsgranskningen resulterade ju ändå i positiva saker, tex en sådan enkel sak som att det anmärktes på att vi läkare här inte hade någon formaliserad vidareutbildning – så det har vi ju infört som en följd av organisationsgranskningen.”

Ackrediteringsarbetet i sin tur var mycket synligt och vid förfrågan fick jag veta ännu mer än det som syntes direkt. Några av de mest synliga effekterna av ackrediteringsarbetet var införandet av QM (Quality Management)-systemet för internkontroll av de datoriserade analyserna, och att alla arbetsrutiner fanns nerskrivna och lättåtkomliga. Ytterligare exempel var att verksamheten på laboratoriet skulle ha låsta dörrar och en reception. Ännu ett var kvalitetshandboken. Några av de mindre synliga effekterna som personalen påpekade för mig var att klinisk-kemiska laboratoriet endast fick använda ackrediterat glas istället för det pirat glas de haft tidigare. Piratglaset hade endast kostat en tredjedel av priset på det ackrediterade glaset, men det var inte lika jämt och gav därför inte lika exakta mått som det ackrediterade glaset. En annan mindre synlig effekt var att personalens utbildning och kvalifikationer skulle dokumenteras och finnas lättillgänglig.

I intervjuer med läkare i chefsbefattning på tre andra ackrediterade laboratorier framkom att även dessa laboratorier påverkats gällande lokaler och rutiner i till synes samma utsträckning som klinisk kemiska laboratoriet. Detta skulle kunna tyda på att ackrediteringen generellt påverkar de verksamheter där den tillämpas på detta sätt.

På klinisk-kemiska laboratoriet tyckte de ansvariga att SWEDAC:s ackreditering var värd besväret och kostnaderna på ca 100.000 per år utöver personalkostnaderna. Förutom att höja standarden på laboratoriet utåt tycktes ackrediteringen ha gett dem som arbetar på laboratoriet en känsla av kvalitetsförbättring.

Samarbetet med SWEDAC fungerade bra så långt studien följde det (till hösten 1997). Enligt en av de kvalitetsansvariga på klinisk-kemiska laboratoriet höjer SWEDAC ribban successivt snarare än sänker den, så någon lägsta godtagbara standard tyckte de inte att det var frågan om:

”För inte så väldigt länge sedan gjorde SWEDAC en flygande besiktning på ett av de större stockholmssjukhusen, där man ju har en väldigt stor budgetnedskärning och sammanslagning och det ena med det andra. SWEDAC hade fått indikationer på att kvaliteten inte upprätthölls. Så de tar nog detta på mycket stort allvar. De vill alltså för död och pina undvika att komma i besvärliga situationer och bli uthängda i massmedia och sådana saker.”

Klinisk-kemiska laboratoriet har arbetat vidare inom ackrediteringens ramar. Under våren och hösten 1996 arbetade laboratorieassistenterna exempelvis med i ett projekt som kallades *resursmål – ackreditering*. I projektet delades laboratorieassistenterna in i grupper, vilka fick arbeta fram lösningar på olika problem som fanns i verksamheten.

Under 1998 har klinisk-kemiska laboratoriet liksom resten av sjukhuset varit engagerade i Landstingsförbundets QUL-modell. Enligt mina kontakter på klinisk-kemiska laboratoriet försökte laboratoriet till att börja med slippa arbeta med QUL, när de ansåg att de redan hade en fullgod kvalitetssäkring i SWEDAC:s ackreditering. Detta accepterades dock inte av sjukhusledningen och laboratoriet har istället försökt ta till sig de delar i QUL-modellen som passar verksamheten. Detta har dock inte varit lätt eftersom QUL-modellen är formulerad utifrån helt andra kriterier än dem, som klinisk-kemiska laboratoriet anser sig ha. Som en av de ansvariga för genomförandet av kvalitetssäkringsarbetet uttryckte det:

”Vi har våra gränser, kontroller och mätningar, vilket är mycket lättare för oss att arbeta med än QULs framtidsvisioner.”

Vad blev det av idén bland idébärarna?

Ackrediteringstrenden

Sedan möjligheten öppnades för laboratorier att ackrediteras, och Sahlgrenska laboratoriet visat vägen, har provbunden verksamhet som klinisk kemi, mikrobiologi, blodcentraler och klinisk farmakologi samt laboratorier från patientbunden verksamhet som fysiologi ackrediterats av

SWEDAC. I Lund var exempelvis följande verksamheter ackrediterade 1997: klinisk fysiologi, blodcentralen, yrkesmedicinen, farmakologi, immunologi, virologi och sist men inte minst klinisk-kemiska – och så ser det ut vid både Sahlgrenska, och Karolinska för att nämna några andra exempel. Alla dessa ackrediteringar har tillkommit efter 1992 varav de flesta 1994-95.

Sjukhuslaboratorier faller inte under den obligatoriska delen av ackreditering – det finns ingen lag på att sjukhuslaboratorier måste vara ackrediterade enligt SWEDAC:s standard. Däremot faller naturligtvis sjukhuslaboratorier under den nya HSL-lagen som säger att all vårdande verksamhet i hälso- och sjukvården måste vara kvalitetssäkrad. Dessutom har Stockholmslandsting infört ett krav på att de laboratorier som de köper tjänster av inom sjukvården måste vara ackrediterade. Flera andra landsting lär följa efter. Bland annat har Skåne landsting planer på att sjukhuslaboratorier skall vara ackrediterade efter 1998, för att deras tjänster skall nyttjas av landstinget.

Hösten 1997 genomfördes 50% av all laboratorieverksamhet inom sjukvården vid ackrediterade laboratorier, ibland på landstingsnivå och kan då gälla ett drygt fyrtiotal enheter eller laboratorier. Ett exempel på detta är Värmlands landsting där en ackreditering av centrallaboratoriet gjorde att såväl länsdelssjukhuslaboratorierna som primärvårdslaboratorierna ackrediterades på köpet.

Denna del av SWEDAC:s verksamhet, dvs den som ackrediterar sjukhuslaboratorier går under rubriken medicin/elteknik och växer mycket snabbt. För SWEDAC är ackrediteringen *inte bara* en kvalitets-säkring och under en av mina intervjuer med SWEDAC:s medarbetare blev jag vänligt men bestämt rättad, när jag refererade till SWEDAC:s ackreditering som kvalitetssäkring:

”Ja, kvalitetssäkring det vet jag inte riktigt – vi brukar kalla det för ackreditering.”

Ackrediteringen är enligt SWEDAC och även klinisk-kemiska laboratoriet i Lund både en kvalitetssäkring och en teknisk granskning vilken kontrollerar rutiner och maskiner.

Sett utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och dess definitioner om att kvalitet skall vara att göra rätt saker på rätt sätt, förefaller dock

ackrediteringen snarare vara ett snävare begrepp än kvalitetssäkring, eftersom ackrediteringen inte i någon högre grad avhandlar *vad som görs* utan är en rigorös kontroll av *hur det görs*.

Sammanfattning

Ackreditering är ett slags kvalitetssäkring som har som syfte att homogenisera produkter och tjänster för den gemensamma EU-marknaden. Den bygger därför på den gemensamma europastandarden EN:45000. Efter en lagändring 1989 fick SWEDAC i uppgift att tillhandahålla ackreditering för frivilliga laboratorier. Lagändringen genomfördes som en anpassning till EES-avtalet. SWEDAC hade först svårt att hitta intresserade laboratorier och framför allt väcka intresse hos laboratoriernas centralorganisationer. Genom en förfrågan från ett sjukhuslaboratorium, klinisk-kemiska laboratoriet vid Sahlgrenska i Göteborg, fick SWEDAC dock chansen att utveckla en metod för att ackreditera sjukhuslaboratorier. Kliniska-kemiska laboratoriet på Sahlgrenska ackrediterades 1992. Laboratoriet här var dock inte intresserat av att exportera sina tjänster utan sökte en metod för att förbättra rutinerna i det dagliga arbetet.

Det klinisk-kemiska laboratoriet på Universitetssjukhuset i Lund ansökte om att bli ackrediterat 1992 och påbörjade sitt arbete härmed under våren 1993. Sedan ett års förberedelser gjorde SWEDAC en provgranskning och laboratoriet fick en lista på olika fel som skulle åtgärdas. Sedan dessa hade åtgärdats gjorde SWEDAC en slutgranskning och klinisk-kemiska laboratoriet i Lund fick sitt ackrediteringsbevis i början på 1995. SWEDAC:s ackreditering utgår från EU standarden 45000 och är kopplad till ISO 9000-serien. Ackreditering är som kvalitetssäkringsmodell inriktad på mätbarhet och spårbarhet av resultaten. Den kräver att alla rutiner och arbetsbeskrivningar skall finnas dokumenterade och tillgängliga. Den är således huvudsakligen inriktad på själva arbetsrutinerna samt arbetsutrustningen. För att uppfylla SWEDAC:s krav var laboratoriet bland annat tvunget att ha låsta dörrar till alla sektioner, en reception samt ett QM-system för alla datoriserade analyser. Efter ackrediteringen har klinisk-kemiska laboratoriet fortsatt samarbete med SWEDAC som gör en årlig inspektion av verksamheten.

Kvalitetssäkringen eller de handlingar den hade resulterat i syntes mycket tydligt under observationens gång. Dessutom hade kliniken ändrats rent fysiskt för att bemöta ackrediteringskraven.

Som anledning till att ackreditera verksamheten på laboratoriet i Lund angavs att man ville visa sig lika kompetent, som de andra ackrediterade laboratorierna samt förbereda sig för en eventuell lagstiftning om ackreditering. Att det var ett bra konkurrensmedel var ett argument som blev starkare allt eftersom ackrediteringsarbetet fortlöpte.

Ytterligare en förklaring var att de klinisk-kemiska laboratoriernas tjänster var mycket väldefinierade och därför enkla att prissätta. Klinisk-kemiska laboratorier hade därför lättare än de flesta andra kliniker att verkligen fungera som resultatenheter och bokstavigt talat sälja sina tjänster. Att vara ackrediterad skulle därför kunna innebära en kvalitetsstämpel och garantera fortsatt arbete för klinisk-kemiska laboratoriet i Lund.

Det är intressant att konstatera att ingen av dem som jag pratat med ute på laboratoriet har uppgett export av tjänster som anledning till ackrediteringen trots, att det just är den gemensamma EU-marknaden som är SWEDAC:s huvudargument för att tillhandahålla ackreditering.

Efter 1995 har en ackrediteringstrend sköljt över sjukhuslaboratorier. Ett par storlandsting har redan infört ett ackrediteringsobligatorium för de laboratorier de köper tjänster av när detta skrivs (1999) och troligen kommer fler att följa i deras spår.

Inför analysen

Under processen att spåra ackrediteringen tillbaka i fältet blev det uppenbart att det inte bara var två olika kvalitetssäkringsmodeller jag hade studerat utan två separabla idéer som hade var sitt ursprung samt bar på och kopplades till olika normer och handlingsmönster.

Det blev även klart att idéernas resor och innehåll var olika och att jämförelsen mellan dem var viktig. Jag gör därför en kort rekapitulering av de två idéernas resor i tabellen nedan inför analysen av institutionaliseringsprocesserna i nästa kapitel.

	Kvalitetssäkringsidén	Ackrediteringsidén
Problem/ lösning	<p>Diskussionen börjar i Spri ca 1985 som ett svar på ESO-rapporten och det krav den ställde=> hur mäter man kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Diskussionen om kvalitetssäkring tog fart ca 1990 när även Socialstyrelsen och Landstingsförbundet gav sig in i debatten. Kvalitetssäkringsidén har sedan med tiden kommit att bli en befintlig lösning till flera andra problem vilka dykt upp efter hand inom hälso- och sjukvården: som ett sätt att styra och effektivisera verksamheter; som ett sätt att kontrollera verksamheter utifrån. Kvalitetssäkring är sedan en ändring i HSL i januari 1997 obligatorisk inom all hälso- och sjukvård.</p>	<p>Diskussionen börjar i EU i mitten på 1980-talet. Som en anpassning till den homogenisering som EU-marknaden kräver instiftas lagen om frivillig ackreditering av laboratorier 1989 och SWEDAC skapas som myndighet för att förvalta EU:s krav på homogenisering vad gäller tekniska standarder.</p>
Idén inspireras av/ kopplas till	<p>Idén hämtar först inspiration från kvalitetssäkring inom privat näringsliv men sedan även från kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården utomlands.</p> <p>Kvalitetssäkringsidén kopplas till företagiserande, köp/sälj, konkurrens samt effektivitet och produktivitet.</p>	<p>Idén inspireras bland annat av en laboratorieackreditering i en australiensisk handelsunion samt av ISO-standarderna.</p> <p>Ackrediteringsidén kopplas till fri rörlighet av tjänster, marknadskrafter, information till kunden samt kvalitetsgaranti.</p>
Modell/ standard	<p>Det finns inte någon obligatorisk modell utan kvalitetssäkringsidén representeras av flera olika modeller, vilka har sitt ursprung i antingen privat näringsliv eller i hälso- och sjukvården utomlands. Ett exempel är den engelska Organisational Audit modellen.</p> <p>Detta har dock varit ett problem för Socialstyrelsen som velat använda kvalitetssäkring som ett styrinstrument. Därför söker Socialstyrelsen fortfarande efter en nationell kvalitetssäkringsmodell.</p>	<p>Ackrediteringsidén representeras av en standard dvs EN:45000 standarden. Denna är obligatorisk för de laboratorier som vill ackrediteras. Själva modellen eller manualen byggs sedan på plats i de verksamheter som skall ackrediteras.</p> <p>Ackreditering används inom allt fler nya områden och bland annat har SWEDAC tillsammans med Socialstyrelsen och Spri testat en modell för certifiering av vårdande verksamheter.</p>

<p>Modellen på sjukhuset</p>	<p>På sjukhuset studerades Organisational Audit eller organisationsgranskningen som den också kallas. Modellen mötte aldrig omvårdnadsrutinerna på de två avdelningar som observerades på medicinen och kirurgen. Inte heller på laboratoriet syntes organisationsgranskningen i någon större omfattning även om den faktiskt var mer synlig där än på vårdavdelningarna.</p> <p>Allt tyder istället på att modellen på sjukhuset blev översatt till en administrativ modell vars krav kunde tillfredställas genom ifyllning av dokument.</p>	<p>Ackrediteringsmodellen var avsedd för laboratorieverksamhet och materialiserades i allra högsta grad på laboratoriegolvet där den påverkade både rutiner och lokaler.</p> <p>Ackrediteringen omvandlade således verkligen klinisk kemiska laboratoriet och förmodligen alla andra laboratorier som använder den.</p>
<p>Anledning till synlighet eller bristande synlighet på verkstads-golvet</p>	<p>På vårdavdelningarna är arbetet redan till största delarna redan mycket rutinerat. Dessa rutiner är uppbyggda runt de olika personalkategoriernas skyldigheter och befogenheter men framför allt efter patientens behov. Dessa rutiner grundar sig på medicinska värderingar. Organisationsgranskningen förefaller inte ha haft något att erbjuda som kunde konkurrera med de befintliga rutinerna.</p> <p>Dessutom står extern kontroll i konflikt med läkarnas profession och den autonomi den har i hälso- och sjukvården.</p>	<p>På laboratoriet är arbetet mycket rutinerat men även automatiserat och styrs till stora delar av maskiner och annan utrustning. Eftersom arbetet för det första redan var strukturerat med hjälp av manualer av olika slag och för det andra till stora delar resulterar i mätbart resultat som redan kontrolleras genom interna och externa kontroller i form av olika mått, hamnar inte ackrediteringen i någon direkt konflikt med varken de befintliga rutinerna eller värderingarna.</p> <p>Eftersom ackrediteringen ställer så pass många konkreta krav blir den dessutom mycket synlig i det dagliga arbetet.</p>
<p>Resultat</p>	<p>Kvalitetssäkring har blivit en självklarhet inom hälso- och sjukvården medan modeller och metoder varierar.</p>	<p>Antalet ackrediterade laboratorier ökar lavinartat och i många landsting har ackreditering blivit ett obligatorium. För dem som frivilligt låter sig ackrediteras är standarden EN:45000 ett obligatorium.</p>

Tabell 5.1: Sammanfattning inför analysen.

KAPITEL 6

IDÉERNAS INSTITUTIONALISERINGS- PROCESSER

I kapitel två kritiserades den nyinstitutionella teorin för att ta för lite hänsyn till tids- och rumsdimensionerna vid en institutionalisering, vilket har lett till att institutionaliseringar oftast beskrivs som en antingen-eller-egenskap, istället för som processer. Jag försöker i denna studie råda bot på detta genom att beskriva och analysera institutionaliseringen av kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén som processer i tid och rum. Resultatet – analysen av och jämförelsen mellan de två idéernas tämligen olika institutionaliseringsprocesser – redovisas i detta kapitel.

Som de två föregående kapitlen, fyra och fem, visar är kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården och ackreditering av laboratorier snarare två idéer än en även om de har en del gemensamma drag. I den analys som följer i detta kapitel av de två institutionaliseringsprocesserna, behandlas idéerna därför först var för sig för att sedan jämföras. För att göra jämförelsen mera lättläst refererar jag till de två idéerna som kvalitetssäkringsidén respektive ackrediteringsidén, trots att båda idéerna naturligtvis kan ses som kvalitetssäkringar.

För att analysera de två idéernas resa i tid och rum följer jag dem igenom institutionaliseringsprocessen utifrån den teoretiska referensram som presenterades i kapitel två. Detta görs dels för att tydliggöra om och i så fall hur idéerna översatts i olika praktiker och vid olika tidpunkter under resans/institutionaliseringens gång, och dels för att visa vilket slags

handlingar de blev översatta till på Universitetssjukhuset i Lund, där båda idéerna blev införda som organisationsgranskningen respektive ackrediteringsmodellen.

De analytiska redskapen

Att åskådliggöra en process är inte enkelt vilket i sig kan vara en av anledningarna till att det finns så få beskrivningar av hur institutionaliseringsprocessen sker. Jag har tagit hjälp av Czarniawska och Joerges "idémodell" (1996, s 46) som kompletterats med Callons (1986) översättningsmodell. Idémodellen fokuserar översättnings- och omtolkningsprocesserna medan Callon fokuserar översättarna snarare än översättningen.

Låt mig ge en kort återblick av de två modellerna innan jag börjar analysen. *Idémodellen* består av fem faser; lösryckning, förpackning, resandet och omvandling till handling samt en återförslutning av den svarta asken eller institutionen. Dessa stadier ger sammantagna följande bild av en "stiliserad" institutionaliseringsprocess. För att en idé skall kunna "resa" i och mellan organisationsfält i såväl tid som rum krävs att den rycks loss från sitt ursprung (disembedding) och översätts till ett objekt, tex en text en bild eller en prototyp, vilken sedan reser eller skickas vidare i fältet. När objektet möter en ny tid eller plats översätts det sedan, så att det passar i den nya tid/plats det kommit till (reembedding), innan det översätts till handling lokalt i den nya praktiken. De förändringar som uppstår i en organisation där idén införs kan således härledas till flera olika översättningsprocesser av den ursprungliga idén. Till sist sluter sig så institutionens svarta låda runt idén och den blir förgivettagen igen.

Idémodellen utgår från att aktörer aktivt översätter idéer på modet till att bli lösningar på problem i lokala praktiker. När idéer översätts till handlingar paras idéer och handlingar ihop som ett *resultat av* och inte en *orsak till* översättningsprocessen. Finns inte problemen kan även de skapas, så att de passar en attraktiv lösning. Det faktum att samma idé samtidigt omsätts till handling i flera olika organisationer innebär att idén institutionaliseras i ett organisationsfält.

I *Callons översättningsmodell* ingår fyra delmoment. Först skapar ett antal aktörer ett gemensamt problem, vilket formuleras så att det ger skäl även åt andra aktörer att söka en lösning på problemet. På så sätt skapas ett slags nätverk av allierade aktörer runt problemet och dess lösning. Problemet och dess lösning blir således den obligatoriska passagen, dvs en (obligatorisk) gemensam angelägenhet för alla inblandade aktörer. De som formulerade problemet skapar sedan engagemang hos de olika aktörerna genom att inordna dem i olika roller. De olika aktörernas roller samt deras interna relationer definieras respektive skapas utifrån en medveten strategi av problemformulerarna. Till sist använder problemformulerarna olika metoder för att försäkra sig om att aktörerna är värdiga representanter för sina respektive intressegrupper.

Båda ovanstående analysinstrument har översättning som gemensam nämnare. Genom att se människors möten med idéer som översättningar vilka kan resultera i att såväl aktörerna som idéerna förändras, får man utrymme för att studera och analysera de (om)tolkningar av såväl idéer som aktörer som sker i tid och rum under en institutionaliseringsprocess. Det är dessa tolkningar och omtolkningar av idén (idémodellen) eller det idén möter (Callons modell) som kan ge en bredare tolkning av fältmaterialet och därmed en ökad förståelse för hur en institutionaliseringsprocess sker. För att inte störa läsaren med för många underrubriker har användningen av Callons modell inte gjorts explicit i texten. Den har först och främst använts vid analysen av ackrediteringsidéns resa.

Efter att vi följt de båda idéerna, kvalitetssäkring och ackreditering, på deras resor i fältet, görs en jämförelse mellan de två institutionaliseringsprocesserna. Analysen visar bland annat att dessa processer fortsätter i en till synes oändlig rad översättningar och omtolkningar. I nästa kapitel (kapitel sju) skall jag föra en diskussion om den senaste omtolkningen av kvalitetssäkringsidén och vilka effekter den kan tänkas få i hälso- och sjukvården. Kapitel sju kan även ses som en diskussion om vilka konsekvenser det kan få att låta sig förföras av andra sfärers svarta askar.

Kvalitetssäkringsidéns resa

Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården i Sverige har funnits som idé i drygt ett decennium. Under den tiden har idén tagit form, blivit införd i hälso- och sjukvårdspraktiken, omformulerad och till och med lagstadgad.

En omtolkningsbar idé...

Det är inte oviktigt att den första inspirationen till idén om kvalitetssäkringar i den svenska hälso- och sjukvården kom från det privata näringslivet och de kvalitetssäkringar som användes där. När idén dök upp i mitten av 1980-talet hämtade många verksamheter inom offentlig förvaltning förebilder gällande sätt att organisera, styra och presentera sin verksamhet från det privata näringslivet. Det privata näringslivets problemlösningar överfördes på så sätt till offentlig förvaltning och blev här till olika reformer (Jacobsson och Sahlin-Andersson, 1995).

Fördelen med att bli inspirerad av en idé som kommer från ett annat institutionellt fält är att idén, vid flyttandet mellan fält, blir lösryckt ur sin institutionella bädd (Giddens, 1990) vilket gör den omtolkningsbar (Cole, 1989). Spri kunde därför översätta kvalitetssäkring till att vara en lösning på det problem som hälso- och sjukvården stod inför – att *mäta* kvaliteten i vården. Ytterligare en anledning till att hämta idén från det privata näringslivet var att kvalitetssäkring framstod som en både ny och en beprövad idé.

Även om kvalitetssäkring var mer beprövad inom det privata näringslivet, än inom offentlig förvaltning i mitten på 1980-talet, var kvalitetssäkring en förhållandevis ny idé även där, och det var därför verkligen nydanande av Spri:s medarbetare att komma på tanken att använda kvalitetssäkring inom den svenska hälso- och sjukvården. ”Kvalitetsgerillan” på Spri blev således trendsättare för kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården i Sverige i slutet på 1980-talet.

När idén om kvalitetssäkringar som mätmetod skulle konkretiseras av Spri, hämtades ytterligare inspiration från en långvarig tradition av kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården i andra länder. Bland annat refererar Spri ofta till den amerikanska forskaren Donabedian som är en

auktoritet härvidlag. Donabedian använder visserligen termer som measurement standards, men i hans tolkning är de dock inte några exakta mått utan en sammanvägning av flera faktorer. Han konstaterar i sina artiklar att kvalitet inom vården är ett så komplext begrepp att det knappast kan beskrivas i en enda parameter eller siffra – han gör dock själv ett försök (Donabedian, 1982). I senare artiklar refererar Donabedian till ”assessment of quality” (1988) som snarare är en värdering eller utvärdering av kvalitet än en mätning. Kontentan är att trots att Donabedian inte har någon handfast metod att mäta kvalitet inom vården med, används hans resonemang och modeller som argument för mätning av Spr i början av deras arbete med kvalitetssäkringar.

Några år senare utvecklade Nationella Samrådsgruppen kvalitets-säkringsidén till att vara mer än bara en mätmetod. I Spirapport 287 ”Kvalitetssäkring i svensk sjukvård – förslag till nationell strategi” presenteras kvalitetssäkring allt mer som ett normativt system för hur sjukvården bör drivas som verksamhet. Här hämtas termer som ekonomiska mål och verksamhetsberättelse till företagsekonomiska styrmodeller och det privata näringslivet står återigen som förebild. Kvalitetssäkring kopplas nu ihop med problemet att kunna skära ned resurserna utan att vårdkvaliteten blir lidande. Det primära syftet har blivit att garantera vårdkvaliteten trots effektiviseringar, och kvalitetssäkring beskrivs som ett sätt att både effektivisera och att säkra kvaliteten inom vården.

Kvalitetssäkring framstår, översatt i termer av verksamhetsidé, syften och mätbara mål, som en vanlig *företagsekonomisk styrmodell*. Sådana styrmodeller förutsätter avgränsbara och styrbara organisationer (Jacobsson och Sahlin-Andersson, 1995). Allt fler verksamheter inom offentlig förvaltning presenterar sig därför som formella organisationer, dvs de visar upp strukturer ut mot fältet som formella organisationer förutsätts ha. Kvalitetssäkringsidén är ett bra exempel på en sådan struktur och därför även på hur offentlig förvaltning genom New Public Management övertagit det privata näringslivets idéer och identiteter (Se Hasselbladh 1994; Vrangbæk, 1999). Många verksamheter inom offentlig förvaltning har tagit en aktiv del i detta identitetsbyggande där idéer och modeller hämtas från det privata näringslivet till offentlig förvaltning (Jacobsson, 1994a; Fernler, 1996; P. Blomqvist, 1996; Czarniawska,

1997). Att Universitetssjukhuset i Lund uppenbarligen inte hade uppfattat vikten av att skifta identitet och presentera sig som en organisation med just verksamhetsidé, syfte och mätbara mål kan tolkas som att sjukhuset hade en stark identitet som sjukhus – men det fick sjukhuset bakläxa för av utvärderarna vid den externa granskningen.

Kvalitetssäkringsidén hämtade således inspiration både från det privata näringslivet och från de teorier som kvalitetssäkringsmodeller inom hälso- och sjukvården utomlands baseras på. En tradition som idén om kvalitetssäkring däremot inte hämtade inspiration från var det befintliga systemet av lagar (dvs som fanns före 1985), regler och förordningar i sjukvården. Denna tradition användes snarare av Spri och senare av Nationella Samrådsgruppen för att visa vad kvalitetssäkring *inte* skulle vara. Detta betyder dock inte att det befintliga kontrollsystemet inte kunde beskrivas i termer av en kvalitetssäkring utan att det var en kvalitetssäkring utan extern kontroll, eftersom kontrollsystemet först och främst var uppbyggt runt läkarprofessionens egenkontroll. Läkare utgör en av de starkaste professionerna som genom tiderna skaffat sig en arbetsautonomi (Roos, 1992) innebärande att de själva står för egenkontrollen av sitt arbete och framför allt att standarden för vad som anses godtagbart eller bra sätts genom deras professionella bedömning (Abbott, 1991). Läkarnas professionella bedömning görs i sin tur utifrån medicinska och humanitära normer och värderingar. Detta innebär att det befintliga kvalitetssystemet saknade den önskvärda externa kontrollen och var kopplat till ett annat slags normer, värderingar och retorik än Spri mfl förespråkade.

Dessutom förutsatte det befintliga systemet en offentlig förvaltning som var budget- och inte marknadsstyrd och därför inte var relaterat till idéer som effektivitet, produktivitet. Det var istället uppbyggt runt idéer som att ju mer och bättre resurser som sattes in i hälso- och sjukvården desto högre kvalitet skulle den hålla. Kvalitetskontrollen avsåg således de resurser, till exempel personalens utbildning och utrustningens standard, som sattes in i vårdprocessen. Det fanns heller inga mål uttryckta i ekonomiska termer utan som ett slags förpliktelse hos dem som arbetade i vården om att alltid göra sitt bästa vid varje givet tillfälle utifrån de befintliga resurserna. Det var denna logik som bidrog till att många tekniska förbättringar och innovationer introducerades samt att flera av

de stora lasaretten byggdes upp under perioden 1960-1980. Men det var också denna logik som ledde till att hälso- och sjukvården i Sverige blev dyrare under samma period.

Resonemanget att ju mer resurser desto bättre kvalitet, håller därför inte när kristider åberopas. Då blir det istället viktigt att kunna skära ned resurserna med bibehållen kvalitet. Detta var skälet till omtolkningen av kvalitetssäkring från mätmetod till ett sätt att garantera kvalitet vid resursneddragningar. På så sätt gavs kvalitetssäkring en ny roll och innebörd. Det var inte längre viktigt att bara kontrollera det som går in i vårdsystemet utan även vad som sker i vårdprocessen och kommer ut ur den. Nya omständigheter krävde nya lösningar i offentlig förvaltning och det befintliga kontrollsystemet ansågs förlegat.

Med formuleringen av kvalitetssäkring i den nya lagen 1997 är det därför andra aspekter av kvalitetssäkringsidén än tidigare som framhävs. Speciellt är det möjligheten till kontroll utifrån genom granskning som framhävs. Kvalitetssäkring har således i Socialstyrelsens och regeringens senaste översättning blivit ett sätt att styra och kontrollera verksamheter i sjukvården.

Vad är det då som regeringen och Socialstyrelsen vill kontrollera genom den nya lagen? Jag har tidigare visat att det ursprungliga kontrollsystemet för kvalitet i svensk sjukvård var en input-kontroll, dvs den kontrollerade de resurser som användes i sjukvården. Kvalitetssäkringar från det privata näringslivet var däremot inriktade på att kontrollera output, dvs de produkter eller tjänster som kom ut ur produktionen. Att enligt den nya lagen kontrollera att rätt saker görs på rätt sätt innebär kontroll över själva vårdprocessen, dvs *handlingsstyrning*. Denna typ av styrning är relaterad till centralisering av såväl makt som ansvar (Ouchi, 1979), vilket också förefaller vara den nya trend vi ser inom offentlig förvaltning i Sverige idag. Pendeln har svängt tillbaka från decentralisering och avreglering till centralisering av makt och styrning. Genom pendelrörelsen har möjligheterna för myndigheter att styra offentliga verksamheter blivit större, bland annat tack vare att New Public Management har lämnat efter sig avgränsbara styrbara organisationer inom offentlig förvaltning som accepterar att låta sig effektiviseras.

Analysen ovan visar att kvalitetssäkring som idé genom lokala översättningsprocesser kommit att tolkas på olika sätt i olika praktiker och på olika sätt i samma praktik vid olika tidpunkter. Dessa tolkningar och omtolkningar både i tid och rum har gjorts genom att kvalitetssäkringsidén tillskrivits egenskaper som gjort, att den har kunnat associeras till andra viktiga övergripande idéer eller trender vilka ligger i tiden, sk förhärskande idéer (master-ideas) (Czarniawska och Joerges, 1996). Dessa förhärskande idéer har i sin tur setts som lösningar till de problem som kvalitetssäkringsidén parades ihop med.

Kvalitetssäkringsidén hämtades således från privat näringsliv till hälso- och sjukvården som lösning till ett problem, för att sedan bli en befintlig lösning till andra problem som dök upp efter hand. Även om ovannämnda problem kan ses som hälso- och sjukvårdens, var de formulerade av medlemmarna i Nationella Samrådsgruppen, ESO, RRV och Socialdepartementet. Dessa organisationer, myndigheter och organ fungerar som bärare och spridare av idéer. Deras roll är att tolka och sprida idéer i form av problem och lösningar som ligger rätt i tiden. Idébärare förutsätter dock att det finns avnämare för idéerna. Just hälso- och sjukvården var mottagare för idén om kvalitetssäkringar och de problem som skulle lösas tillskrevs hälso- och sjukvårdspraktiken. Dessa generellt formulerade problem och lösningar behövde därför konkretiseras för att kunna föras ut i den lokala sjukvårdspraktiken.

...är svårförpackad...

Kvalitetssäkringsidén har under hela perioden från det att den dök upp i mitten på 1980-talet varit tämligen abstrakt och öppen för omtolkning. Inte ens lagens definition: Att göra rätt saker på rätt sätt, är någon vidare konkretisering av idén, då lagen inte innehåller någon modell eller handlingsplan för hur den skall omvandlas till praxis. Detta har varit Nationella Samrådsgruppens största problem i deras arbete med kvalitetssäkringsidén.

De första åren när Spri arbetade med att formulera kvalitetssäkringsidén och presentera den vidare i fältet var det i en mycket löst paketerad form. Tolkningen av idén ändrades från Spri-rapport till Spri-rapport och inte heller det som stod i rapporterna var särskilt konkret.

Ändå var det skapandet av en handgriplig metod, först för att mäta och jämföra och sedan för att styra och/eller kontrollera hälso- och sjukvårdens kvalitet, vilket var själva syftet med kvalitetssäkringsidén. Framför allt Socialstyrelsen var intresserad av att skapa en nationell kvalitetssäkringsmodell för hälso- och sjukvården. Nationella Samrådsgruppen hade därför detta som en av sina viktigaste uppgifter.

Spri och Landstingsförbundet som arbetar närmast sjukvårdspraktiken kunde dock inte vänta på att den optimala nationella modellen skulle uppenbara sig utan var tvungna att *konkretisera* idén om kvalitetssäkring genom att översätta den till ett objekt, för att den skulle bli gripbar för sjukvårdspraktiken. De valde var sin befintlig modell. Spri gjorde om Organisational Audit till Organisationsgranskning vid sjukhus och Landstinget gjorde sin QUL-variant av SIQ:s modell. Dessa två modeller har dock inte framförts samtidigt. Spri har legat några år före Landstingsförbundet som inte presenterade sin QUL-modell förrän 1996. Att Organisational Audit eller organisationsgranskningen mer än andra modeller blev ett slags symbol för kvalitetssäkringsidén under perioden 1992-1995, beror på att just den modellen blev utvärderad för Socialstyrelsen som en eventuell nationell modell.

Valet av Organisational Audit-modellen som en eventuell nationell modell kan tyckas märkligt med tanke på att den knappast motsvarade de kriterier eller önskemål som Nationella Samrådsgruppen fram till dess hade formulerat för en kvalitetssäkring. Organisational Audit-modellen var inte en mätmetod, kom inte från företagssfären och hade inte särskilt stark koppling till begrepp som effektivitet och produktivitet. Nationella Samrådsgruppen argumenterade ändå för modellen genom att beskriva den i termer som gjorde att den framstod som en lösning på dess problem. Socialstyrelsen skrev till exempel i samarbetsavtalet med Universitetssjukhuset i Lund:

Till stora delar överensstämmer modellen med hur extern kvalitetsgranskning tillämpas inom svenskt näringsliv.

Vidare motiverades valet med att hälso- och sjukvården i England hade genomgått liknande omvälvningar som den svenska hälso- och sjukvården nu, vilket innebar ökade krav på effektivitet och kostnadsreduktion samt konkurrensutsatt vård.

Under Nationella Samrådsgruppens sökande efter en lämplig kvalitetssäkringsmodell motiverades användningen av kvalitetssäkringsmodeller från sjukvården utomlands genom *managementretorik*. Modeller som hade sitt ursprung i tillverkningsindustrin anpassades i sin tur till den *medicinska retoriken*. Organisational Audit-modellen kan ses som exempel på det förstnämnda och QUL-modellen som exempel på det senare. De två prototyperna, kvalitetssäkring från det privata näringslivet och från hälso- och sjukvården utomlands, blandades på så sätt och slutade vid någon tidpunkt under paketeringens gång att vara två distinkta och urskiljbara idéer.

Att hitta en modell var dock bara halva lösningen – det gällde att få modellen testad, anpassad och använd i praktiken också. De modeller som Nationella Samrådsgruppen gemensamt, och varje medlem för sig, hade valt att arbeta med, kom från annat håll än den svenska hälso- och sjukvården och behövde därför översättas till dessa förhållanden. Både Organisational Audit- och QUL-modellerna anpassades till den svenska sjukvårdspraktiken genom ett nära samarbete mellan medlemmarna i Nationella Samrådsgruppen och olika sjukhus och kliniker. När Organisational Audit utvärderades som en möjlig nationell modell översattes den och testades av Universitetssjukhuset i Lund. Nationella Samrådsgruppen kunde helt enkelt varken testa, anpassa, eller använda de olika kvalitetssäkringsmodellerna på egen hand.

Det förefaller som om paketeringen av kvalitetssäkringsidén hela tiden har släpat efter tolkningen av den. Detta innebär att idén som sådan antog flera former som Nationella Samrådsgruppen och andra förmedlade ut till praktiken på idéstadiet, utan att de egentligen hade någon modell för hur kvalitetssäkringsarbete skulle bedrivas enligt just den tolkningen. När sedan en modell äntligen presenterades för praktiken hade redan de idébärande organisationerna omtolkat kvalitetssäkringsidén, och modellen kunde således inte uppfylla de nya förväntningarna. Detta indikerar både att det är en snabbare process att översätta idéer när de finns på idéplanet, än när de blir mer konkreta, och att det inte var särskilt enkelt att hitta en lämplig modell för hur kvalitetssäkringsidén skulle omvandlas till handling i vårdande verksamheter.

Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen har heller inte alltid haft den gemensamma inställning till tolkningen och ”paketeringen” av

kvalitetssäkringsidén som Nationella Samrådsgruppen låtit påskina. Landstingsförbundet och framför allt Spri, vilka båda arbetar nära praktiken och har ett uttalat ansvar för att vara en rådgivande instans för sjukvården, har försökt tillfredsställa sjukvårdens behov av förslag på användbara metoder och modeller. De har också i det längsta velat se kvalitetssäkringar som en frivillig granskning. Socialstyrelsen ställs däremot till svars av RRV och regeringen för dålig kontroll inom hälso- och sjukvården och har därför velat ”paketera” kvalitetssäkringar som ett styrnings- och kontrollinstrument.

När Organisational Audit-modellen inte föll så väl ut som Socialstyrelsen tänkt sig som en nationell modell, drog denna sig ur samarbetet med modellen för att söka en bättre lösning. Socialstyrelsens önskan är att hitta ett sätt att emballera den abstrakta idén om att rätt sak skall göras på rätt sätt i praktiken. Jag använder termen emballage för att visa att jag tror att Socialstyrelsen söker en handfast och stabil modell för att konkretisera den abstrakta kvalitetssäkringsidén. En konkret modell kan i sin tur omvandlas till handling, vilket förefaller vara det Socialstyrelsen vill uppnå. Den certifieringsmodell av vårdande verksamhet som har testats av SWEDAC i samarbete med Socialstyrelsen och Spri indikerar att det görs fortsatta försök att hitta ett sätt att förankra kvalitetssäkringsidén på verkstadsgolvet. Faller testet av modellen väl ut kan sjukvården ha en ny obligatorisk kvalitetssäkringsmodell av certifieringslaget att se fram emot.

De tolkningar, omtolkningar och test av kvalitetssäkringsidén som gjorts på väg mot denna eventuella slutgiltiga nationella modell, har dock lämnat flera spår efter sig i sjukvården.

...reser fram och tillbaka...

Idén om kvalitetssäkringar har som ovanstående visat, cirkulerat fram och tillbaka inom hälso- och sjukvården i Sverige under en längre tid. Under resans gång har idén översatts till olika tolkningar och modeller. Det finns flera anledningar till detta mångfacetterade utbud av tolkningar av kvalitetssäkringsidén. För det första fanns det flera idébärare som spred idén till och inom hälso- och sjukvården. Spri, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet har alla varit engagerade och delat frikostigt med sig

av sina (olika) tolkningar samtidigt som tex fackföreningar och konsulter har hållit kurser, seminarier och konferenser om kvalitetssäkringar. Som ett exempel på ett forum för spridning av många olika slags kvalitets-säkringsmodeller kan konferensen ”Kvalitet i Kommuner och Landsting” som har genomförts vartannat år sedan 1989 nämnas.

För det andra spred sig idén successivt över drygt en tioårsperiod. Flera av såväl idébärarna som idéanvändarna hann således omformulera idén under tiden. Bland annat höll Spri precis i början av sitt arbete med kvalitetssäkring seminarier ute på olika sjukhus i syfte att introducera kvalitetsbegreppet som sådant. Detta var innan Spri hade en modell att arbeta med och snarare presenterade en konceptuell idé än en praktiskt tillämpbar modell. Ibland inspirerade dessa möten personalen lokalt till att utforma egna modeller, eller att döpa om befintliga sätt att organisera arbetet runt kvalitet, som kvalitetscirklar och TQM, till kvalitetssäkring.

Senare återvände Spri med organisationsgranskningsmodellen som ett alternativ och spred en ny våg av inspiration. I detta sammanhang bör det dock påpekas att denna inspiration snarare kan ses som en medveten påverkan från Spri:s håll. Nationella Samrådsgruppen och framför allt Spri och Socialstyrelsen (och Spri för Socialstyrelsen) var i detta skede mycket medvetna i sitt spridande av kvalitetssäkringsidén. Genom olika projekt och samarbetsavtal band Spri och Socialstyrelsen flera sjukhus till att arbeta med kvalitetssäkring. Initiativet till detta samarbete togs oftast i ett inledande skede av Spri. För sjukhusen var det svårt att värja sig dels mot begäran av Spri och Socialstyrelsen och dels mot en idé vilken framstod ”som något som man som ett seriöst sjukhus borde hålla på med”. Som överläkaren påpekade var det kvalitet för hela slanten vid den här tiden dvs början på 1990-talet (Se kapitel fyra). Olika sjukvårds-praktiker blev med andra ord *inspirerade av* och/eller *pådyvlade* kvalitetssäkringsidén i olika skeden av dess formulering och vid olika tidpunkter.

Kvalitetssäkringsidéns resa eller rörelse i fältet indikerar att idén har rest fram och tillbaka i fältet i olika skeden och former vilket bidragit till den befintliga mångfalden.

...vilket ger isomorfism och mångfald...

Mångfald var dock inte vad Nationella Samrådsgruppen och framför allt inte Socialstyrelsen hade tänkt sig med idén om kvalitetssäkring. Socialstyrelsen ville, som tidigare påpekats, ha *en* nationell kvalitetssäkringsmodell. Därför testades organisationsgranskningen på Universitetssjukhuset i Lund för Socialstyrelsens del under perioden 1992-1995.

På Universitetssjukhuset i Lund fanns det inte något särskilt problem på vilket kvalitetssäkring var en lösning. Sjukhuset formulerade således inte någon egen önskan om att använda kvalitetssäkring i sin verksamhet innan Spri presenterade idén. Läkarna var dessutom till en början mycket tveksamma till en kvalitetskontroll utifrån. Spri ansträngde sig dock för att introducera och skapa samarbete runt ”kvalitetssäkringsbegreppet” vilket idén presenterades som initialt. Senare blev Universitetssjukhuset i Lund av Spri, uppmanat att ta del i ”kvalitetssäkringsarbetet på fyra sjukhus”-projektet för att sedan bli allt mer engagerade genom det samarbetsavtal som initierades av Spri och Socialstyrelsen. Sjukhusets engagemang i kvalitetsfrågor ökade på så sätt successivt allt eftersom sjukhuset blev indraget i samarbetet. Precis som på Spri initierades dock arbetet av en eldsjäl som engagerade sig i och drev kvalitetssäkringsarbetet i dess inledande fas.

De som arbetade med översättningen av Organisational Audit-modellen och införandet av organisationsgranskningen initialt var väl medvetna om att idén som sådan kom från Spri och Socialstyrelsen. De gjorde dock en egen tolkning av kvalitetssäkringsidén och såg organisationsgranskningen framför allt som en möjlighet att bevisa den höga kvalitet som Universitetssjukhuset i Lund redan ansågs hålla. Organisationsgranskningen uppfattades således varken som ett sätt att mäta kvalitet eller effektivisera med bibehållen kvalitet på sjukhuset i Lund, utan som ett sätt att vidimera vårdens kvalitet. Anledningen till att sjukhuset såg det som positivt att visa upp en kvalitetsgaranti i början på 1990-talet var att kommuner och landsting nu var fria att köpa sjukvårdstjänster där de ville. Idén om kvalitetssäkring blev på så sätt i Lund översatt till ett *konkurrensmedel* på hälso- och sjukvårdsmarknaden.

Organisationsgranskningen användes således aktivt utåt som marknadsföring mot kunden. De som arbetade med organisations-

granskningen i den administrativa staben ändrade dock knappast sitt handlande i någon större grad för att de arbetade med organisationsgranskningen. Dessa personer, vars arbete bland annat är att förvalta olika idéer om förbättringar av organisationen, går på möten, reser på konferenser och seminarier samt utbyter information med varandra och andra intresseorganisationer. Deras arbete påverkas därför inte i någon högre grad av vilken reform de arbetar med för tillfället (Jacobsson och Sahlin-Andersson, 1995). För dem som arbetade med införandet av organisationsgranskningsmodellen ute på klinikerna, blev kvalitets-säkringen ytterligare en del av deras administrativa sysslor. Visserligen skapade de kontakter på sina kliniker respektive avdelningar, men i det stora hela förändrades inte heller deras arbetssätt av kvalitetssäkringsarbetet. Detta var dock synligt i form av möten och administration på de administrativa nivåerna dels för sjukhuset som helhet dels ute på klinikerna under införandet av organisationsgranskningen.

Trots att det under hösten 1994 enligt projektsekreteraren pågick ett febrilt arbete med organisationsgranskningen inför den externa granskningen, syntes inte kvalitetssäkringen på vårdgolvet varken på den medicinska eller den kirurgiska kliniken. Det förekom flera rutiner och kontroller på vårdgolvet, men ingen av dem kunde länkas direkt till organisationsgranskningen. Den enda gång organisationsgranskningen nämndes spontant under observationerna på vårdgolvet var medan den externa granskningen pågick. Även själva granskningen ägde dock först och främst rum på en administrativ nivå genom att granskarna kontrollerade att kvalitetssäkringsmanualen var rätt ifylld.

Organisationsgranskningen blev i praktiken översatt till *en administrativ modell*, dvs att kvalitetsmanualens frågor i alla fall i vårdande verksamheter kunde besvaras på en administrativ nivå, och att organisationsgranskningsmodellen aldrig mötte eller förändrade de dagliga omvårdnadsrutinerna på vårdavdelningarna.

Det finns flera anledningar till detta. För det första var själva modellen formulerad som en kontroll över vad som fanns i rutinväg inte hur rutinerna var uppbyggda eller fungerade. Kvalitetssäkringsidén översatt till organisationsgranskningsmodellen var således fortfarande en tämligen abstrakt idé/modell. För det andra skapade administrativt ansvarig personal som exempelvis avdelningssköterskor en buffert för att skydda

vardagsrutinerna från det extra arbete som ifyllandet av kvalitetspärmerna innebar. Enligt Laughlin (1996) är det ofta just sjuksköterskor som bildar sådana buffertar genom att lägga dessa sysslor till sina administrativa göromål för att skydda den verksamhet som uppfattas som central från de invaderande reformerna. En annan tolkning är att kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården har engagerat sjuksköterskorna mer än läkarna – för att sjuksköterskorna inte känt sig hotade av en kontroll utifrån på samma sätt som läkarna, och för att kvalitetssäkringar snarare settis som statushöjande av sjuksköterskorna.

Även om själva organisationsgranskningsmodellen inte blev institutionaliserad i så motto att den blev till ett förgivettaget handlingsmönster på vårdgolvet på Universitetssjukhuset i Lund, har själva idén om att man som sjukhus bör arbeta med kvalitetssäkringar blivit något av en självklarhet såväl på Universitetssjukhuset i Lund som i hälso- och sjukvårdsfältet i övrigt. Allt fler organisationer använde kvalitetssäkring vid den här tiden som ett sätt att presentera sig mot fältet alltså kunderna och de idébärande organisationerna. Kvalitetssäkringsidén stämmer därmed i vissa delar in på Meyer och Rowans (1977) tes om *isomorfism*.

Organisationsgranskningen kan ses som ett exempel på hur särkoppling sker mellan struktur och handling på plats i en organisation. Att organisationsgranskningen aldrig riktigt nådde själva vårdrutinerna är i Meyer och Rowans termer ett typiskt sätt för en organisation att reagera vid isomorfism. Meyer och Rowans tes är vidare att organisationen skapar ritualer, vilka vidmakthåller god tro samt kringgår inspektion och utvärdering utifrån. Detta stämmer mycket bra in på organisationsgranskningen på Universitetssjukhuset i Lund – den användes mer rituellt än för att verkligen påverka vårdrutinerna och den blev ett sätt att undvika inspektion utifrån. Detta kan förefalla motsägelsefullt eftersom organisationsgranskningen just innehöll ett moment av extern granskning – men den externa granskningen genomfördes inte av ett fristående certifieringsorgan utan av en extern grupp, sammansatt av personal från andra sjukhus som fått utbildning i granskningsförfarandet. Denna grupp utvärderade dessutom inte läkarnas arbete eller den medicinska kvaliteten. Den kontrollerade process och struktur, inte resultat. Eller som den administrativa chefen uttryckte sig:

”Vår granskning är egentligen bara detta att du skall syna om byggnadsställningen håller, om kittet håller.”

Organisationsgranskningen kan därför, i den form den användes på Universitetssjukhuset i Lund, ses som en ritual (Egentligen var det snarare frågan om en ceremoni, då själva granskningsprocessen endast genomfördes en gång.). som skyddade läkarna och den medicinska kvaliteten från inspektion, samtidigt som den gav ett sken av att själva verksamheten eller vården var granskad utifrån.

Det finns dock påverkan som kan ha blivit bestående bland de centrala sjukhusadministratörerna. De kom vid den här tiden att resonera i termer som köp-sälj, marknader, kundens perspektiv osv. Denna retorik var tidigare förbehållen företag i privat näringsliv men hade nu gjort sitt intåg i offentlig förvaltning. En sådan förändring av retorik kan i det långa loppet komma att förändra praktiken i en organisation, eftersom retoriken långsamt sjunker in och förändrar organisationens identitet (Jacobsson, 1994a), vilket i sin tur kan ändra handlingar på sikt (Røvik, 1998). Organisationsgranskningen bidrog till denna förändrade retorik, eftersom den bland de centrala sjukhusadministratörerna på Universitetssjukhuset i Lund, översattes till ett konkurrensmedel och blev omtolkad i termer av köp-säljargument, marknader och kunder.

På vårdgolvet tog *dokumentationen* uppenbarligen en stor del av personalens tid och det är möjligt att organisationsgranskningen indirekt bidrog till denna syssla, åtminstone för en del avdelningssköterskor och andra med administrativt ansvar.

När jag studerade införandet av organisationsgranskningsmodellen på Universitetssjukhuset i Lund hösten 1994, florerade dock flera olika kvalitetssäkringsmodeller lokalt på en del kliniker och avdelningar. Organisationsgranskningsmodellen, som var centralt initierad på sjukhuset, resulterade först och främst i administrativa handlingar, men det fanns andra lokala lösningar som ledde till mer handfasta arbetsrutiner. Några exempel på sådana kvalitetsfrämjande aktiviteter är, EFFEKT-metodik, vilken användes på fyra enheter för att se över kvaliteten och effektiviteten i arbetet, lokala datalösningar för patientuppföljning, arbete med medicinska indikatorer på exempelvis medicinkliniken. Detta kan ses som symptomatiskt för hur kvalitetssäkringsidén omvandlades till

handling ute i sjukvårdspraktiken, dvs att den har tolkats på olika sätt i olika praktiker vid olika tidpunkter. Kvalitetssäkringsidén har således gett både gemensamma strukturer utåt fältet som isomorfism och mångfald i organisationerna, emedan det i praktiken inte var så viktigt vilken eller vilka kvalitetssäkringsmodell(er) som användes. En bidragande orsak till detta var naturligtvis avsaknaden av en obligatorisk nationell modell och att även de sjukhus som använde samma modell vid samma tid kunde tolka modellen på olika sätt samt därmed skapa olika handlingsmönster (Häggbom, 1993).

...och fortsatt omtolkning

Trots denna brist på enhetlig standard eller modell hade kvalitetssäkring redan 1994 blivit ett vedertaget sätt att lösa problem på och/eller argumentera för sitt handlande i hälso- och sjukvården. Att många organisationer i samma fält samtidigt tillämpar samma lösning eller idé, tyder enligt Czarniawska och Joerges (1996) på att idén har eller håller på att institutionaliseras i fältet i fråga. Både de planerade och oplanerade, önskade och oönskade, effekter som idén om kvalitetssäkring i sjukvården har lett till och fortsätter leda till, kan ses som typiska för en sådan institutionaliseringsprocess.

Mångfalden och det faktum att inte alla modeller når fram till vårdgolvet kan förklaras i Tolberts och Zuckers (1996) termer av misslyckade strukturer under institutionaliseringens gång. En fullbordad institutionalisering visar dock få misslyckade strukturer enligt författarna, vilket skulle innebära att institutionaliseringen av kvalitetssäkringsidén inte riktigt är fullbordad utan i något slags *semi-institutionaliserings fas* (Ibid s 185). Först Spris och sedan Nationella Samrådsgruppens teoretiserande av kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård har dock avtagit de senaste åren vilket kan vara en indikation på att processen kommit ytterligare ett steg närmare en fullbordad institutionalisering.

Eftersom det inte finns något givet recept för hur kvalitetssäkringsidén skall transformeras till handlingar, finns det fortfarande ett tämligen stort utrymme för omtolkning av hur lagen skall påverka praktiken. Hur detta utrymme även används för att koppla den befintliga idén till nya trender och övergripande idéer skall jag visa i kapitel sju.

Ackrediteringsidéns resa

Frivillig ackreditering av laboratorier är lagstadgad sedan 1989. Sedan början på 1990-talet har ackreditering blivit allt vanligare bland sjukhuslaboratorier. Idag (1999) kräver flera storlandsting att de sjukhuslaboratorier som de köper tjänster av skall vara ackrediterade.

En idé som kopieras...

Idén om frivillig ackreditering av laboratorier fördes över från Australien till Europa av EG-organ någon gång under 1980-talet. Dess lösryckning har inte direkt ingått i denna studie men allt tyder dock på att idén inte blev omtolkad i någon högre grad vid lösryckningen och flyttningen mellan kontinenter. Grundidén till ackrediteringen kom från NATA (National Association of Testing Authorities Australia) i Australien, och EN 45000 framstår som mycket lik den ursprungliga ackrediteringsidé som lanserades i Australien redan på 1920-talet. Även syftet att ta fram en standard för laboratorieverksamheter är det samma som då – att skapa bättre förutsättningar för en gemensam homogeniserad marknad mellan medlemsstaterna i en union (Stanton, 1994; SWEDAC magasinet 1996:2 s 6-8).

Problemet som formulerades av EG var att en gemensam marknad måste ha ett gemensamt system för utvärdering av produkter och tjänster för att underlätta handeln. Den homogenisering som en gemensam europeisk marknad kräver förutsätter bla att medlemsländerna harmoniserar sina lagar, regler och säkerhetsbestämmelser. Utan en sådan harmonisering kvarstår handelshindren medlemsländerna emellan (Hildebrandt, 1995). I *The New Approach* har EG därför formulerat en tredelad strategi för hur denna harmonisering skall gå till: Ömsesidigt godkännande av lagar och förordningar, informationsskyldighet till EG-kommissionen om utkast till nya tekniska regler eller standarder och till slut harmonisering av säkerhetslagar och förordningar, så att så många produkter som möjligt skall kunna täckas av samma direktiv. Direktivet inkluderar Artikel 100 i Romfördraget vilket ställer grundläggande krav på produktsäkerhet. Förutom direktivet ger EG ut produktspecifika

standarder till vilka det refereras i direktivet, men som i sig inte är obligatoriska (Ibid).

Ackreditering av laboratorier bygger på sådana frivilliga standarder som finns kopplade till EG-direktiven (Jämför, Hildebrandt, 1995; Brunsson och Jacobsson, 1998). Standardiseringsorganet ISO samt organen EAC och EAL engagerades av EG för homogenisering av laboratorietjänster. EAC/EALs uppgift var att bygga upp och bibehålla ömsesidigt förtroende mellan medlemsländernas och de associerade medlemsländernas ackrediteringssystem samt sluta multilaterala överenskommelser om provning och kalibrering. Dessutom handhar EA (sammanslagningen av EAC och EAL) även uppbyggnaden av samarbete med andra sammanslutningar av ackrediteringsorgan i världen som exempelvis det australiska och nyzeeländska (Ettarp, 1997 SWEDAC DOC 97/10).

EN 45000-standarden togs således fram på uppdrag av EG-kommissionen och EFTA mellan 1987 och 1989 och byggdes bland annat upp runt flera av ISO-standarderna, dvs de ISO-standarder som var framtagna för laboratorieverksamhet. EN- och ISO-standarderna har dock inte smälts samman i ackrediteringsidén. De har snarare *sammanfogats* till en helhet där EN 45000 innehåller en del ISO-standarder.

Till Sverige kom idén från EG-kommissionen i form av EN 45000 standarden. Ackrediteringen kom således inte till Sverige från någon praktik, dvs något laboratorium, utan från en idébärande organisation. När EN 45000-standarden infördes i Sverige 1989 översattes den i princip *ord för ord* till svenska av SIS utan att den omtolkades eller ändrades. Det förefaller därför som om idén helt enkelt har *kopierats* av alla som rört vid den på dess resa från Australien till EU och sedan vidare till SWEDAC i Sverige.

Den gemensamma europeiska marknaden har dämed blivit den *obligatoriska passagen* för homogenisering av all slags produkter och tjänster medlemsstaterna emellan. Ackreditering av laboratorieverksamheter är ett exempel på denna homogeniseringstrend.

Idén om ackreditering har därmed varken i EG-direktiven eller EN 45000-standarden översatts till att vara något annat än vad den har varit

ända från början, en rutinförbättrande kvalitetssäkring i syfte att skapa kvalitetssäkrade homogena produkter för den gemensamma marknaden i en union.

Jacobsson (1997) som jämför europeiseringen av de tre områdena arbetarskydd, läkemedelskontroll och konkurrenspolitik påstår att en som han kallar den "absolut anpassning" till EU tillhör undantagen. Området konkurrenspolitik uppvisar dock i princip samma tendenser eller sätt att "europeiseras" som ackrediteringen av laboratorier, dvs genom en *absolut anpassning* till EG-direktiven vilken uppnås genom *kopiering* av exempelvis lagar och förordningar. Ackreditering av sjukhuslaboratorier är således ett exempel på den homogenisering som EU kan ge upphov till.

Inte ens när ackrediteringsidén användes på Sahlgrenska omtolkades den i någon egentlig mening. Laboratoriet på Sahlgrenska ville ha en rutinförbättrande metod vilket ackrediteringen ger, eftersom den är utformad som en kontroll av arbetsrutiner – dels av att de fungerar, dels av hur de fungerar. Ackreditering är således inriktad på kontroll av *hur* saker görs och inte *vad* som görs. Ackrediteringen avser således inte bedöma vilket slags analyser ett laboratorium gör utan hur analyserna utförs. Enligt gängse definition av produktivitet (Se exempelvis, Harrington, 1991 och Bowerman, 1994a) skulle ackrediteringen därför kunna tolkas som en produktivitetshöjande metod.

Ackrediteringen blev dock aldrig beskriven för mig i termer av produktivitet (och inte effektivitet heller för den delen) under studien, varken av SWEDAC eller av laboratorier. Detta kan bero på att ackrediteringen är en mycket tekniskt inriktad modell som beskrivs mer i tekniska än ekonomiska termer, och på att produktivitet är ett så pass abstrakt begrepp att det inte används i samband med konkreta rutinbeskrivningar (Tomlinson, 1994). Professorn på Sahlgrenska uttryckte sig exempelvis i termer av en *rutinförbättrande metod* som inte nödvändigtvis behöver vara produktivitetsförbättrande men också skulle kunna tolkas så.

I sin information till laboratorier påpekar SWEDAC att ackreditering både skapar bättre rutiner och utgör en kvalitetsstämpel, som möjliggör för laboratorierna att marknadsföra sina tjänster internationellt (Se SWEDAC DOC 91:5 och EAL:s informationsfolder). Enligt de fyra

chefsöverläkarna, för olika ackrediterade sjukhuslaboratorier som jag intervjuade, verkar det dock hittills vara ointressant för sjukhuslaboratorierna att sälja sina tjänster utanför Sverige. Det är snarare så att argumentationen för att använda ackrediteringen är den omvända, att ackreditering kan vara ett sätt att behålla de inhemska kunderna, vilka tack vare den gemensamma europeiska marknaden har möjlighet att köpa laboratorietjänster från andra länder inom EU. Detta skulle kunna förklara att laboratorierna ser överensstämmelsen med internationell standard som en kvalitetsstämpel och merit, trots att de inte nämner den internationella marknaden som en anledning att ackrediteras.

Ackreditering av laboratorier har inte motiverats med managementidéer eller andra förhärskande idéer från privat näringsliv på samma sätt som kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården. På Universitetssjukhuset i Lund kom ackrediteringen visserligen att användas som en kvalitetsstämpel och försäljningsargument precis som organisationsgranskningen, men den har inte i sig, dvs i formuleringen av själva ackrediteringsmodellen, relaterats till eller översatts i termer av en företagsekonomisk styrmodell på samma sätt som organisationsgranskningen. Detta tyder på att det har varit viktigare för Socialstyrelsen och Spri, vilka är en del av offentlig förvaltning, att bygga upp en identitet vilken reflekterar privat näringsliv (Jacobsson, 1994b; Sahlin-Andersson, 1996; C. Blomquist, 1996) än för SWEDAC, som arbetar med många företag och organisationer inom privat näringsliv.

...är färdigförpackad...

Att idén om ackreditering har varit så opåverkbar kan till stor del tillskrivas ”förpackningen”. Ackrediteringen kom ”packad och klar” till Sverige i form av EN 45000-standarden. Enligt EG-direktivet skulle en myndighet eller ett organ förvalta idén och verkställa ackrediteringen. På så sätt kan det påstås att SWEDAC snarare skapades som en myndighet runt ackrediteringsidén och andra krav som ställdes på Sverige genom EG-direktiven, än att SWEDAC förpackade idén som sådan.

Själva standarden EN 45000 är generellt formulerad och kan tillämpas på många olika verksamheter. Därför sker ett slags stegvis specificering av standarden allt eftersom den kommer närmare den lokala praktik den

skall tillämpas i. För varje nytt område som SWEDAC ackrediterar måste alla värden, tex mått för det specifika området fastställas. Denna specificering av standarden eller de krav den ställer, sker i samarbete mellan SWEDAC och läkarprofessionen inom det aktuella området. Standardens krav *skräddarsys* på så sätt till varje nytt område som ackrediteras.

Det sker med andra ord en sorts översättning av innehållet i paketet så att det blir mer detaljerat. Denna *innehållsspecificering* ger dock inte något större utrymme för omtolkningar av varken ackrediteringsidén eller standarden som sådan. Alla specificeringar görs under mycket kontrollerbara former, där det finns en given mall eller ett givet recept (Røvik, 1996) för vad som skall specificeras.

Detta arbete sker i nära samarbete mellan SWEDAC och en representant för den laboratoriespecialitet som ansökt om ackreditering. SWEDAC:s problem var dock att de till en början inte hade några intressenter till den frivilliga ackrediteringen.

...skickas åt ett håll...

I princip har problemet homogenisering eller standardisering av produkter och tjänster dvs av laboratorieverksamhet skapat ett världsomslutande nätverk av ackrediterings-, certifierings- och standardiseringsorgan. Alla dessa organisationer och organ måste hålla kontakten med varandra för att gemensamt definiera vilka krav, standarder och regler som skall gälla för medlemsländerna och deras samarbetspartners utanför EU.

Alla medlemsländer som skrivit under de multilaterala avtalen har förbundit sig att både införa en lag om frivilliga ackrediteringar och att skapa myndigheter som kan tillhandahålla dem. En sådan myndighet skall förvalta ackrediteringsstandarderna och delta i samarbete med de andra medlemsländerna samt EG-organen i utformandet av standarder och direktiv. Dessa myndigheter skall dessutom vara ackrediterings- och certifieringsorgan för det respektive landet.

Införandet av lagen om frivillig ackreditering i Sverige 1989 var med andra ord ett sätt att skapa *engagemang* hos den svenska regeringen för ackreditering. Då det finns en lag om att staten är skyldig att tillhandahålla

möjligheten till ackreditering, blir det regeringens ansvar att se till att det finns en myndighet som fungerar som ett ackrediteringsorgan. Politikerna fick med andra ord ta ansvar för verkställandet av lagar och förordningar, som de inte hade varit med och påverkat (Jacobsson, 1997). Vad som fick ackrediteras och enligt vilken standard kunde regeringen inte heller påverka, på grund av att detta redan definierats av EG. Enligt Jacobsson förlorar ofta politiker möjligheten att påverka de regelsystem som tas fram av expertorgan inom EG, eftersom det sker på så långt håll från de politiker som sedan skall verkställa besluten. Jacobsson skriver följande om hur arbetarskyddets innehåll numer bestäms utanför politikernas räckvidd samtidigt som de har ansvaret att verkställa besluten:

Nu är det delegerat till beslutsfattare i transnationella expertgrupper där både gruppernas sammansättning och dynamik är svåra att överblicka. Ansvaret finns kvar men möjligheterna att påverka har reducerats. (Ibid s 93)

Lagar och standarder formuleras och fastställs med andra ord utan att de kan omformuleras eller omtolkas – de anländer helt enkelt som ackrediteringen ”packade och klara”, men med ett givet ansvar för dem som skall verkställa besluten. EG *definierar på så sätt de olika aktörernas roller* och skapar ett nätverk genom vilket olika idéer som tex ackrediteringsidén kan skickas på ett kontrollerat sätt mellan aktörerna.

Varken lagen om frivillig ackreditering eller SWEDAC som myndighet kan dock tvinga laboratorier att ackrediteras. Detta beror på klausulen om *frivillighet* och att SWEDAC inte är en så kallad tillsynsmyndighet vilket exempelvis Socialstyrelsen är. SWEDAC har därför inte kunnat göra särskilt mycket för att tvinga eller locka laboratorier att ackrediteras. Inledningsvis var det därför helt avgörande för spridningen av ackrediteringen av sjukhuslaboratorier att klinisk-kemiska laboratoriet på Sahlgrenska anmälde sitt intresse för den. Det är intressant att notera att i hela den annars mycket kontrollerade hanteringen och spridningen av ackrediteringsidén finns det ingen självklar länk mellan SWEDAC och sjukhuslaboratorierna. Idén om frivillig ackreditering förutsätter att laboratorierna skall ansöka om ackreditering för att leva upp till de krav som kunden på en marknad, vilken i detta fall är den gemensamma EU-

marknaden. Enär de svenska sjukhuslaboratorierna inte har riktat sig mot den internationella marknaden hittills har denna mekanism inte fungerat.

Däremot skapade Medanalysskandalen 1994, i vilken ett privatägt laboratorium stängdes pga oegentligheter, en debatt om kontroll av laboratorier generellt, vilket har bidragit till det faktum att flera av storlandstingen bestämt sig för att endast köpa tjänster av ackrediterade laboratorier. Landstingens krav på ackrediterade laboratorier har dock kommit först de senaste åren (ca 1996-1999) och var därför inte anledningen till att ackrediteringstrenden spred sig så snabbt som den gjorde från början.

Det verkar snarare vara genom laboratorieprofessionen (läkarna inom de olika specialiteterna) och riksförbundet för sjukhuslaboratorier som trenden att vara ackrediterad som sjukhuslaboratorium ursprungligen spred sig. Som laborarieläkaren i Lund konstaterade gick det prestige i att kunna visa upp ett ackrediteringsbevis och detta blev ett mode i branschen. Således var det Sahlgrenska som skapade ackrediteringsmodet och de andra laboratorierna följde efter för att inte uppfattas som sämre eller rent av omoderna (Borgert, 1992; Czarniawska och Joerges, 1996).

SWEDAC har, tack vare modet och storlandstingens krav, varken hunnit eller behövt marknadsföra ackreditering för sjukhuslaboratorier över huvud taget. Snarare har det varit så att denna del av SWEDAC:s verksamhet har vuxit så snabbt att man knappt hunnit med ackrediteringarna och det nära samarbetet med laboratorierna som ackrediteringen förutsätter på grund av all efterfrågan.

...vilket ger homogenisering och isopraxism...

Ackreditering av laboratorier är inte lika kontroversiell som kvalitets-säkring av den vårdande verksamheten. Detta beror på att laboratorier alltid använt sig av externa kontroller, fast de inte brukar vara lika systematiska eller genomgripande som ackrediteringen är, och att ackreditering, just för att kontroll utifrån är en naturlig del av laboratorie-verksamheten, inte utgör något direkt hot mot laboratorieprofessionerna. Det var endast i den inledande fasen, innan samarbetet mellan riks-

förbundet för laboriemedicin och SWEDAC började, som medicinarna var tveksamma. När det senare visade sig att läkarna var med och bestämde vilka kontrollvärden och metoder som skulle användas, framstod ackrediteringen inte längre som ett hot mot deras verksamhet. Laboratorieassistenter och andra som arbetade ute på laboriegolvet på klinisk-kemiska laboriet upplevde i sin tur ackrediteringen som statushöjande för laboriet.

Den generella standarden EN 45000 kräver avsevärt lokalt anpassningsarbete, som övervakas och kontrolleras av SWEDAC. Först måste SWEDAC bestämma om varje laboratorium som ansöker om ackreditering över huvudtaget är ackrediterbart. SWEDAC kan med andra ord välja bort praktik som de tycker är olämplig för ackreditering. För att alla kraven i standarden skall uppfyllas byggs en modell för ackrediteringsarbetet upp lokalt på varje laboratorium.

Vid detta *modellbyggande* ute på laborierna skapas exempelvis kvalitetsmanualen och andra dokument på plats på laboriegolvet i stället för på en administrativ nivå som vid organisationsgranskningen. Detta skulle kunna tolkas som att laborierna har stor frihet vid byggandet av de lokala modellerna. Så är dock inte fallet. Det finns fortfarande i princip inget utrymme för att omtolka själva idén eller standarden. Det är snarare så att praktiken, alltså laboriet översätts till att passa standarden. Mer exakt uttryckt omvandlar modellen och byggandet av den laboriet så att det passar till standarden. Den del av laborieverksamheten på klinisk-kemiska laboriet som inte gick att översätta i termer av mätbarhet och spårbarhet hamnade exempelvis helt enkelt utanför det som var ackrediterat. Detta gällde vissa analyser men även läkarnas diagnoser – i de fall de förekom så var analysprocessen ackrediterad fram till diagnosen, dvs att de Tre Kronorna (ackrediteringsbeviset) stämplades på papperet under processbeskrivningen, men innan diagnosen.

Det är genom att kräva lokal anpassning som ackrediteringen i allra högsta grad blir *standardiserande* – dvs att den leder till att alla laborier som är ackrediterade kommer att likna varandra när det gäller struktur, rutiner samt krav på dokumentation och tester. De ackrediterade laborierna blir lika varandra, eftersom laborierna i princip *översätter sig själva* till att passa ackrediteringsidén. Detta gör det

möjligt för standarden att bli en del av de lokala rutinerna istället för att särkopplas (Meyer och Rowan, 1977) och/eller buffras bort (Laughlin, 1996) som vid organisationsgranskningen. Ett exempel på detta var att personalen på klinisk-kemiska laboratoriet i Lund kände sig nödsakad att använda även sådana delar av systemet, som tex QM-systemet, som de egentligen inte tyckte om.

Däremot fanns det uppenbarligen i vissa fall utrymme att tillfredsställa standarderna på lite olika sätt genom att tex mäta min- och maxvärden på kylar och frysar när de var som bäst. I andra fall genomfördes handlingar vilka mer gick ut på att tillfredsställa ackrediteringens krav än den egentliga verksamhetens. Exempel härpå var att köra om testen för att de inte höll sig inom ett intervall som enligt laboratorieassistenterna var för snävt satt för det ändamål analyserna skulle användas. Externa revisioner av olika slag skapar ofta sådana handlingsmönster vilka inte har direkt koppling till själva verksamheten (Rose och Miller, 1992; Powell, 1997; Mouritsen, 1997).

Även om slutresultatet av ackrediteringen kan sägas vara standardiserande, förefaller det som om själva översättningen av standarder till handling var *kreativ* för dem som arbetade med implementeringen. Denna kreativitet var dock inte kopplad till möjligheten att omtolka idén eller standarder i någon egentlig betydelse. Kreativiteten uppstod istället när standarderna skulle omsättas i handling och därför behövde paras ihop med lokala möjligheter/begränsningar (Sahlin-Andersson, 1996). Exempel härpå är att det inte gick att lösa kravet om att arbetsrutiner skulle finnas nertecknade på något annat sätt än att skriva ner dem, dvs att uppfylla standarden. Men när dessa dokument skulle placeras på ett lämpligt ställe, där de inte var i vägen och ändå fanns åtkomliga för alla som kunde tänkas behöva dem, fanns det olika alternativ till placering. Praktiska problem av detta slag upplevdes som en möjlighet till kreativ problemlösning av laboratoriepersonalen.

Själva revisionen eller ackrediteringsproceduren från SWEDAC:s sida genomfördes i tur centralt på laboratoriet men även ute på laboratoriegolvet i motsats till organisationsgranskningen, där granskningen i princip genomfördes på en administrativ nivå och genom revision av ifyllda dokument. Att det tog två dagar att genomföra revisionen på klinisk-kemiska laboratoriet vilket är en klinik, gentemot fem dagar för hela

sjukhuset och de femtio enheter (varav 38 kliniker) det består av, belyser ytterligare skillnaden mellan de två modellerna.

Ackrediteringen materialiserades således verkligen till handlingar lokalt på laboratoriet i Lund och förmodligen på alla andra laboratorier där den används. Det är så många av ackrediteringens krav som gäller vardagsrutinerna ute på laboratoriegolvet att det går inte att använda den utan att själva verksamheten blir påverkad.

Enligt Rombach (1995) är det endast genom sådan förankring på verksamhetsnivån och i detta fall laboratoriegolvet som utvärdering, reformer och effektivitetsförbättringar kan omvandlas till handling i själva produktionen. Det är med andra ord genom att kräva så pass mycket lokal anpassning samtidigt som den själv inte är omtolkningsbar, som EN 45000-standarden blir så effektiv i praktiken.

Ackrediteringen ändrade dessutom själva lokalerna då det exempelvis blev obligatoriskt att ha låsta dörrar in till alla sektioner, att ha en reception osv. Detta kan, utifrån Latours (1986) förslag om att handlingsmönster skapas och hålls på plats genom den ständiga översättningsprocessen men även med hjälp av maskiner och andra fysiska ting, tolkas som en del av institutionaliseringen till ett ackrediterat laboratorium. En stor del av institutionen ”hur man är ett laboratorium” skapas och återskapas av maskiner och annan utrustning samt dokument för hur dessa skall användas. Vid ackrediteringen framhävs de fysiska tingens vikt ytterligare i den ständiga översättningsprocessen på laboratoriet.

Ackreditering leder således inte till isomorfism (Meyer och Rowan, 1977) utan till *isopraxism*, eftersom den inte särkopplas från rutinerna på verkstadsgolvet. Visserligen skapar den även lika strukturer ut mot fältet, men det är inte myten och ritualen som är det viktiga som vid organisationsgranskningen. Ackrediteringen lägger mycket mer vikt vid att skapa mer lika verksamheter på själva verkstadsgolvet, dvs på rutinnivå än strukturer utåt fältet. Det är också själva rutinerna som kontrolleras sedan genom utvärdering av SWEDAC som ingår i den obrutna kedjan mellan EG-organen och laboratoriegolvet. Denna kontroll görs dock inte i direkt syfte att skapa homogenisering i fältet eller isopraxism på verkstadsgolvet. Den görs för att skapa homogenisering

eller likriktning av produkten/tjänsten genom kontroll av produktionsprocessen.

EG försäkrar sig således om SWEDAC:s lämplighet genom att de centrala ackrediteringsorganen (EG-organ) helt enkelt ackrediterar SWEDAC som därmed i princip blir utsatt för samma slags granskning som de själva utövar. Eftersom SWEDAC sedan i sin tur kontrollerar de organisationers, organs och personers lämplighet som de själva antingen ackrediterar eller certifierar, skapas en sorts garanti av alla som upptas i de ackrediterades eller certifierades skara.

...och fortsatt omdefiniering

Skaran av ackrediterade sjukhuslaboratorier i Sverige växer stadigt. Det har blivit självklart för de flesta storlandstingen att köpa tjänster av ackrediterade laboratorier och för flesta laboratorier att arbeta ackrediterat. Det verkar troligt att flertalet sjukhuslaboratorier kommer att arbeta ackrediterat inom ramen av några år. Ackrediteringsidén kan således ses som institutionaliserad i Czarniawska och Joerges (1996) termer alltså att idén tas in av flera organisationer samtidigt i ett organisationsfält.

I Tolberts och Zuckers (1996) termer är det dock svårt att se några egentliga institutionaliseringsfaser i ackrediteringsidéns institutionaliseringsprocess. Så långt studien har följt idén finns det inte något egentligt teoretiserande runt idén och den har heller inte lämnat några misslyckade strukturer efter sig. Ackrediteringsidén förefaller snarast ha varit en ”färdig” institution, en sluten låda, under hela institutionaliseringsprocessen. Detta indikerar att institutionen inte skapats i den del av institutionaliseringsprocessen som denna studie täcker utan att den snarare spridit sig genom processen.

På laboratoriegolvet pågår så processen av att hålla den svarta lådan stängd eller institutionen på plats. Detta sker som ovan konstaterats med hjälp av såväl rutiner och procedurer som maskiner och lokaler, vilka översätter institutionen om hur man är ett ackrediterat laboratorium.

I det stora hela omtolkas idén om ackreditering av laboratorier, varken i tid eller rum, eller som norm och handlingsmönster. Däremot har det

skett en konstant *omdefiniering av vilka områden som är ackrediterbara*. Från att endast ha tillämpats på tekniska områden har SWEDAC:s verksamhet utvidgats till att gälla ”mjuka” processer och till och med personer. Det är även inom detta område som det finns omtolkningsmöjligheter och en pågående process, varefter allt fler verksamhetsområden ses som ackrediteringsbara. Denna fortsatta översättningsprocess förefaller dock snarare omtolka nya områden i termer som gör dem ackrediterbara eller certifierbara än att själva ackrediterings- eller certifieringsidén omtolkas för att passa de nya områdena.

Institutionaliseringsprocesserna – en jämförelse

Vi har ovan följt de två institutionaliseringsprocesserna av två idéer inom hälso- och sjukvården i Sverige. För att jämföra de två institutionaliseringsprocesserna skall vi följa dem ännu en gång genom idémodellens stadier.

Omtolkning och kopiering

De två institutionaliseringsprocesserna ovan stödjer Strannegårds (1998) tes om att många institutionaliseringsprocesser sker omvänt mot Berger och Luckmanns (1967/1979) beskrivning. Strannegård som skriver om institutionaliseringen av miljöidéer på Electrolux uttrycker sig som följer:

A ”spontaneous” institutionalization, as described by e.g. Berger and Luckmann (1967), may be said to work the opposite way to the process in Electrolux I have tried to describe. People do something, consider it satisfactory, and repeat it. When questioned, they invent a normative justification to explain the routine. If the justification is accepted, the routine becomes taken-for-granted. A pattern for action accompanied by a set of ideas is in place.

But modern people are impatient and want the institutions to ”grow”, they want to ”cultivate” them. Thus they start from the end: they formulate a normative justification together with an action prescription (an ideology) hoping that it would create routine action patterns. (Strannegård, 1998 s 265)

De idébärande organisationer och organ vilka beskrivits i de två institutionaliseringsprocesserna ovan, som exempelvis EAC/EAL, ISO,

Socialstyrelsen och Spri, har som uppgift att *skapa institutioner* på detta ”uppochnervända” sätt, dvs genom att skapa normer tillsammans med ett recept för hur de skall omvandlas till handlingar i en idémottagande organisation. Hur väl de idébärande organisationerna lyckats styra de institutionaliseringsprocesser de velat åstadkomma i sina respektive fält har dock skilt sig markant mellan de två studerade idéerna. Kvalitetssäkringsidéns och ackrediteringsidéns institutionaliseringsprocesser är över huvudtaget mycket olika.

Båda institutionaliseringsprocesserna börjar visserligen med att ett idébärande organ hämtar en idé någon annanstans ifrån. Kvalitetssäkringsidén hämtades från privat näringsliv till offentlig förvaltning och ackrediteringsidén från Australien till Europa och EU. Ändå har idéerna vid lösryckningen översatts på helt olika sätt. Kvalitetssäkringsidén översattes genom omtolkning medan ackrediteringsidén översattes genom kopiering.

Att kvalitetssäkringsidén blev omtolkningsbar och inte ackrediteringsidén kan således inte bero på själva lösryckningen, utan på varifrån och vart idéerna flyttas. Kvalitetssäkringsidén flyttades mellan olika slags organisationsfält och dominerande institutioner, mellan privat näringsliv och offentlig förvaltning under det att ackrediteringsidén flyttades mellan kontinenter men till ett motsvarande organisatoriskt fält, en handelsunion, som den kom ifrån. Det förefaller därför som om det är mer troligt att idéer som flyttas mellan olika slags institutionella fält eller sfärer blir mer omtolkningsbara än idéer som flyttas mellan samma slags institutionella fält eller sfärer. Det förefaller även vara något av fördelen med att idéerna flyttas mellan olika respektive lika fält, då kvalitetssäkringsidén förväntades bringa med sig, näringslivets lösningar och identitet till offentlig förvaltning, medan ackrediteringsidén var en redan beprövad lösning i en handelsunion.

Eftersom kvalitetssäkringsidén var omtolkningsbar kunde den i hälso- och sjukvården paras ihop med ett annat problem än det den hade varit lösningen på i det privata näringslivet. Ackrediteringsidén skulle däremot användas i samma syfte i EU som i Australien. Kvalitetssäkringsidén kunde med andra ord kopplas till flera olika problem vid olika tidpunkter och i olika praktiker, under det att ackrediteringsidén redan från början kopplades till problemet i den obligatoriska passagen, dvs homogenisering

för EU-marknaden, och skapades (kopierades) som lösning på just det problemet.

Eftersom ackrediteringsidén flyttades som ett helt problemlösningpaket till samma slag praktik som den kom från, kunde även det recept för handlingsmönster som hörde ihop med idén användas. Därför kopierades både normen och receptet för hur ackrediteringsidén skulle omvandlas till handlingsmönster tillsammans, i flyttningen mellan kontinenterna (Jämför Strannegård, 1998). Kvalitetssäkringen däremot blev som norm sett lösryckt från det handlingsmönster den hörde ihop med i privat näringsliv. På så sätt kom både normen och det handlingsmönster den skulle resultera i att bli omtolkningsbara först för Spri och sedan för flera andra aktörer.

Då kvalitetssäkringsidén som norm ryckts loss från det handlingsmönster den hört ihop med i privat näringsliv, behövde den packas om så att den kunde föras vidare i hälso- och sjukvårdsfältet. Både EG och Nationella Samrådsgruppen ville i någon mån skapa homogena produkter respektive praktik. Hur väl de lyckades i sina homogeniseringsavsikter berodde bland annat på hur de förpackade sina idéer.

Svårpackat och färdigpackat

Förpackningen av en idé förefaller nämligen vara mycket viktig för möjligheten att styra en institutionaliseringsprocess. En idé som kan översättas till flera olika modeller som kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården kan aldrig ge ett homogent resultat ute i praktiken. Flera olika modeller som florerar samtidigt och efter varandra visar att Nationella Samrådsgruppen och då framför allt Socialstyrelsen haft svårt att förpacka kvalitetssäkringsidén. Denna har därför cirklat fram och tillbaka i hälso- och sjukvårdsfältet i olika mer eller mindre abstrakta former.

Trots föreskriften och lagen om att kvalitetssäkring är obligatorisk inom all hälso- och sjukvård, finns det fortfarande ingen obligatorisk modell eller något obligatoriskt recept för hur kvalitetssäkring skall bedrivas i vården, och det har därför varit svårt för Socialstyrelsen att kräva tolkningsföreträde för vilket slags handlingar kvalitetssäkringsidén skall översättas till där.

Akrediteringsidén anlände däremot färdigförpackad till SWEDAC i form av EN 45000-standarden. Med standarden följde ett noggrant recept för hur den skulle omvandlas till handling ute på laboratorierna samt för hur laboratorierna skulle omvandlas till att passa standarden.

Det räcker således inte med en enda modell eller standard, den måste dessutom vara utformad eller formulerad på ett sådant sätt att den kan översättas till handling på det verkstadsgolv den är avsedd för, för att en styrningseffekt skall uppnås. Socialstyrelsen misslyckades med sina styrnings- och homogeniseringsavsikter, bla eftersom den inte lyckades ta fram en modell som passade den vårdande praktiken. Detta kan bero på att de avsikter den haft med kvalitetssäkringsidén inte riktigt går att kombinera med den praktik den är avsedd för. De omvårdnadsrutiner som beskrivs i kapitel fyra är svåra att mäta och jämföra eller styra med företagsekonomiska styrmodeller. Ännu mindre låter sig den medicinska kvaliteten mätas, och det är därför inte förvånande att idébärarna i hälso- och sjukvården haft svårt att förpacka kvalitetssäkringsidén, så att den skulle bli ett recept för allt detta.

Ändå testades och anpassades vissa av modellerna på plats ute på olika sjukhus och kliniker. Det förefaller dock som om de inte blev förankrade eller ens relaterade till omvårdnadsrutinerna på grund av att de var formulerade i företagsekonomiska termer och/eller kopplades till olika förhärskande idéer från näringslivet. EN 45000-standarden är däremot uttryckt i termer som är avsedda för laboratorieverksamheter, och de krav den ställer har med själva laboratorierutinerna att göra. Därför blir också akrediteringsmodellen skapad på plats i tät kontakt med respektive laboratoriums rutinhandlingar.

Ett sätt att tolka Socialstyrelsens fortsatta försök att hitta en optimal modell är att den inte har gett upp hoppet om att ta kontroll över den abstrakta idén om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården. Detta vill den göra genom att hitta en tillräckligt stabil förpackning (emballage/låda) för att kvalitetssäkringsidén skall kunna resa i fältet utan att omtolkas, vilket akrediteringsidén gör i sin stabila förpackning.

Att resa och bli skickad

Ackrediteringsidéns resa är mycket kontrollerad fram till att den anländer till Sverige och SWEDAC. Ackrediteringen skickas bokstavligt som ett paket mellan de olika nationella och internationella organ, som är länkade till varandra i en obruten kedja. Dessutom finns ett juridiskt bindande moment vilket styr ackrediteringsidéns spridning: EG-direktivet om att varje medlemsland skall tillhandahålla ackreditering av laboratorier, vilket ledde till instiftande av lagen om frivillig ackreditering i Sverige.

Däremot hade SWEDAC inga egentliga medel att tvinga eller ens locka sjukhuslaboratorierna till ackreditering, emedan det är frivilligt för laboratorier att ansöka om ackreditering. EU litar på att marknads-krafterna fungerar vid homogenisering av marknaden. Därför är ackreditering av sjukhuslaboratorier frivillig – den är en kundinriktad process och meningen är att kunden skall efterfråga den. På senare år har storlandstingen på så sätt tagit kundens roll, när de har krävt ackreditering av laboratorier.

Ackrediteringen spreds istället därför snarare som ett mode bland laboratorierna i början (Borgert, 1992; Czarniawska och Joerges, 1996). Modet spred sig snabbt dels tack vare att laboratoriecheferna förefaller ha haft ett slags tävlingsanda sinsemellan, och dels för att ackreditering dök upp rätt i tiden med tanke på Medanalysskandalen. Att många storlandsting endast har köpt tjänster av ackrediterade laboratorier de senaste åren har gjort att ackreditering nu är ett måste för allt fler sjukhuslaboratorier.

Situationen har varit den omvända när det gäller kvalitetssäkringsidén. Socialstyrelsen kunde göra kvalitetssäkring till ett obligatorium för hälso- och sjukvården, först genom föreskriften och sedan med hjälp av lagen. Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet har möjlighet och till och med skyldighet att ge ut olika föreskrifter samt att tillsammans med Spri och Landstingsförbundet ge information och rekommendationer till hälso- och sjukvården om exempelvis olika styrmodeller och arbetssätt.

Genom att länka olika sjukhus och vårdinstanser till sig i olika samarbetsprojekt fick Nationella Samrådsgruppen både olika modeller testade i praktiken och aktiverat kvalitetssäkringsarbete lokalt på olika sjukhus. Socialstyrelsen och framför allt Spri hade på så sätt rätt god

kontroll över spridningen av vissa av kvalitetssäkringsmodellerna till att börja med. Någon större kontroll över hur de översätts till handling har de däremot inte haft.

Spri och den Nationella Samrådsgruppen hade nämligen inte ”patent” på kvalitetssäkringsidén på samma sätt som SWEDAC hade över ackrediteringsidén. Detta innebär att det var flera andra organisationer, organ och personer som intresserade sig för tolkningen och spridningen av kvalitetssäkringsidén.

Institutionaliseringen av kvalitetssäkringsidén avspeglar således hur olika personer, grupper av personer samt organisationer och/eller organ blir idébärare vid olika tidpunkter och för idén vidare. Exempel på sådana idébärare är eldsjälarna på Spri och Universitetssjukhuset i Lund, Nationella Samrådsgruppen, konsulter och fackföreningar. De viktigaste idébärarna har dock varit medlemmarna i Nationella Samrådsgruppen var för sig och tillsammans. Kvalitetssäkringsidén visar också hur en idé som inte har blivit förankrad i någon särskild modell eller standard kan övertas av andra organisationer och organ än dem som skapade idén. Kvalitetssäkringsidén har på så sätt varit allmän egendom, medan ackrediteringsidén har ”tillhört” SWEDAC och de organisationer myndigheten är länkad till.

Institutionaliseringen av ackrediteringsidén visar hur olika övernationella organisationer och organ förankrar idén i Sverige, men hur den sedan egentligen sprider sig mestadels som ett mode mellan själva sjukhuslaboratorierna.

Kvalitetssäkringsidéns institutionalisering visar hur en idé under hela processen reser fram och tillbaka i fältet mellan idébärarna och idémottagarna. Ackrediteringsidéns institutionalisering visar däremot hur en idé under processen endast förflyttas från idébärarna till idémottagarna.

Isomorfism och isopraxism

Ett av den nyinstitutionella teorins grundantaganden beträffande institutionalisering i ett helt organisationsfält är att den leder till homogenisering av organisationerna, eftersom de använder samma strukturer för att presentera sig själva utåt/inåt fältet (DiMaggio och

Powell, 1983). Samtidigt hävdar den skandinaviska skolan att samma idéer översätts på olika sätt i olika praktiker, och att detta leder till att samma idé kan materialiseras i olika slags handlingar (eller inte blir till handlingar alls) i olika organisationer inom samma fält och på så sätt skapa variation och förnyelse (Czarniawska och Joerges, 1996; Sevón, 1996).

Studien visar att under en institutionaliseringsprocess kan en idé leda till en kombination av isomorfism och mångfald. Dessutom visar studien att andra idéers institutionaliseringsprocesser kan skapa homogenisering och isopraxism. Detta leder till att när idéerna slutligen möter den praktik de är avsedda för, visar det sig att idéer kan institutionaliseras på olika sätt: Genom att verkligen *omvandlas till handlingar* på verkstadsgolvet eller genom att *särkopplas* från den egentliga produktionen av varor eller tjänster. Alla på laboratoriegolvet konfronterades med och deltog i materialiseringen av ackrediteringen, eftersom den blev så påtaglig, under det att många på vårdgolvet aldrig hade hört talas om organisationsgranskningsmodellen, vilket tyder på att den aldrig riktigt mötte vårdpraktiken.

Studien visar att framför allt läkarna var mycket tveksamma till kvalitetsgranskning utifrån. Montgomery och Oliver (1996) påpekar att läkare kan ses som en grupp vars normer och värderingar skapas utifrån professionen och därför inte är kontrollerbara för organisationen. Deras tes är vidare att vid tvetydiga krav eller hot utifrån, vilka inte för med sig ett tillräckligt starkt eller tydligt handlingsalternativ, har organisationer inom hälso- och sjukvården en tendens att låta de professionella handlingsmönstren hållas samtidigt som de på ytan antar de utifrån kommande kraven.

Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården har hittills fungerat på detta sätt – de olika modeller och metoder för mätning och kontroll av kvaliteten som använts i hälso- och sjukvården har inte kunnat ge alternativ till läkarnas bedömning av och kontroll över den medicinska kvaliteten och har därför mestadels särkopplats från vårdrutinerna. Kvalitetssäkringsidén har därigenom skapat *isomorfism* i hälso- och sjukvården, med vilket menas att det är viktigt att som sjukhus ha en kvalitetssäkring och en granskningsritual och att berätta om det i fältet

samtidigt som den skapat mångfald, då det inte varit så viktigt vilken modell som använts när det inte funnits någon obligatorisk modell.

Ackreditering av sjukhuslaboratorier kan i sin tur ses som ett svar på Montgomery och Olivers (1996) fråga om när krav utifrån *inte* leder till särkoppling av strukturer och handlingar på grund av professionella normer och värderingar. Studien visar att när de utifrån kommande kraven kan länkas till redan institutionaliserade handlingsmönster och inte strider mot de rådande professionella normerna och värderingarna, kan de nya kraven materialiseras till handlingar på verkstadsgolvet och därmed komma att ändra befintliga rutiner. Ackrediteringsidéns normer stämde överens med dem som redan fanns på klinisk-kemiska laboratoriet. Det fanns redan krav på mätbarhet och spårbarhet och det på både interna och externa kontroller – fast de inte var så övergripande och samordnade som de blev med införandet av ackrediteringsmodellen. Laboratoriearbetet var dessutom redan mycket tekniskt och standardiserat runt de olika analysmaskinerna och annan utrustning. De få analyser, arbetsmoment eller diagnoser som inte var mätbara undantogs som redan påpekats ackrediteringen. På så sätt hotades inte heller den del av laboratorieverksamheten, som hade kunnat komma i konflikt med ackrediteringen.

Ackrediteringsidén engagerade laboratorieassistenterna till att kreativt hjälpa till att standardisera sitt laboratorium och sitt beteendemönster enligt standarden snarare än att de buffrade eller särkopplade den från verksamheten på laboratoriegolvet. Detta är vad jag kallar *isopraxism*, dvs en institutionalisering uppifrån/utifrån som leder till homogenisering av de verksamheter som ackrediteras utåt fältet samt standardisering, såväl beträffande lokaler som handlingsmönster på verkstadsgolvet. Homogenisering används således i betydelsen övergripande likriktning, medan standardisering används för att beskriva de lokala effekterna/konsekvenserna av homogeniseringen.

Fortsatt omtolkning och omdefiniering

Både kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén kan ses som institutionaliserade både i sina egna och gemensamma fält. Detta betyder dock inte att idéerna har översatts till svarta lådor som förblir oförändrade i tid och

rum (Jämför Latour, 1987). Socialstyrelsen försöker fortfarande att ompaketera kvalitetssäkringsidén, och SWEDAC omdefinierar ständigt vilka områden som ackreditering och certifiering kan tillämpas på.

Omtolkning och ompaketering samt omdefinition av användningsområde förefaller således inte vara något som bara kan ske under institutionaliseringsprocessen utan även efter det att en idé blivit institutionaliserad i fältet. Också vidmakthållandet av en institution görs med hjälp av ständiga översättningsprocesser (Latour, 1986), vilka inte behöver vara kopierande utan kan vara omtolkande, och på så sätt kan en kontinuerlig förändring av institutionen pågå i tid och rum. Ett annat sätt att uttrycka samma sak är att institutionaliseringsprocesser inte har något slut utan de fortsätter antingen som bevarande eller förändrande processer.

Sammanfattning idéernas institutionalisering

När de två idéerna följs genom de olika institutionaliseringsfaserna framstår *två olika institutionaliseringsprocesser*. Institutionaliseringsprocesserna har dock det gemensamt att de sker uppifrån och ner i den mening att idéerna är formulerade i någon form av idébärande organisationer som Spri eller unioner som EU, och inte i de organisationer som tänkts använda idéerna och översätta dem till handling. Enligt Scott (1995) sker de flesta institutionaliseringar av organisationer just genom att de tar till sig idéer och modeller som existerar i deras respektive organisationsfält. Flera andra forskare (Sahlin-Andersson, 1995; Czarniawska och Sevón, 1996; Jacobsson, 1997; Røvik, 1998) har noterat att färdiga idéer om exempelvis organisationsmodeller, ekonomiska styrsystem och kvalitetssystem även sprids *mellan* fält och länder.

Kvalitetssäkringsidén kan ses som ett exempel på det förstnämnda, dvs en institutionalisering mellan de två organisatoriska fälten eller dominerande institutionerna "marknaden" och offentlig förvaltning. Denna överföring av idéer från privat näringsliv till offentlig förvaltning, som är typisk för New Public Management fenomen (Powell, 1997; Vrangbæk, 1999), har beskrivits som *identitetskris* hos offentlig förvaltning (Czarniawska-Joerges, 1992; Jacobsson, 1994a; Jacobsson

och Sahlin-Andersson, 1995), vilken lett till att organisationer där söker identitet och förebilder bland de organisationer som framstår som framgångsrika enligt de kriterier som privat näringsliv kräver (Czarniawska-Joerges, 1992; Sahlin-Andersson, 1996).

Ackrediteringsidén kan däremot ses som ett exempel på en institutionalisering mellan länder som en följd eller en konsekvens av europeiseringen. På grund av ovanstående krav på homogenisering och standardisering kan EU ses som en *standardiserare* (Jacobsson, 1997 s 25). Enligt Jacobsson finns det normalt sett utrymme för lokala tolkningar av gemensamma standarder och lagar vilka ger utrymme för variation. I ackrediteringsfallet uteblir dock denna variation. Studien har tvärtom visat att ackrediteringsidén och EN 45000-standarderna i princip kopieras mellan länder, myndigheter och organ, och att den till slut i praktiken i allra högsta grad leder till homogenisering och standardisering.

Ackrediteringsidén har genom att medvetet flyttas mellan samma slags organisatoriska fält/sfärer och översättas till en kontrollerbar standard kommit att översättas genom ett slags process, där organisationer, personer och handlingar blir länkade till och engagerade i ackrediteringsidén, enligt ett mönster som inte ger utrymme för särskilt många omtolkningar av idén. Det är snarare så att idén transformerar personer, organisationer och handlingar än att idén blir transformerad genom mötet med dem. Ackrediteringsidén har institutionaliserats både som norm och handlingsmönster bland sjukhuslaboratorierna, då det blivit något av en självklarhet att ”man bör vara ett ackrediterat laboratorium” och hur man som laboratorium arbetar ackrediterat.

Institutionaliseringen av kvalitetssäkringsidén i hälso- och sjukvården visar istället hur en idé genom att bli flyttad mellan olika fält och sfärer dels separeras som norm och handlingsmönster, dels hur den sedan är öppen för omtolkningar under hela institutionaliseringsprocessen. Dessa omtolkningar sker därför på två plan: Idén omtolkas som norm genom att kopplas till olika förhållande idéer, som tex effektiv styrning eller marknadskrafterna. Samtidigt paketeras idén till olika modeller eller recept för att omvandla dessa normer till handling. Det kan därför påstås att Socialstyrelsen fått dem som arbetar inom vården att acceptera själva normen att ”man skall arbeta kvalitetssäkrat inom vården” men misslyckats ge ett recept för *hur* man skall göra det. Så länge

Socialstyrelsen inte lyckas med sina avsikter fortsätter kvalitetssäkring som handlingsmönster att vara omtolkningsbar samtidigt som den har blivit en norm i hälso- och sjukvården.

Den stora skillnaden i de två processerna är som ovan konstaterats, delvis beroende av ackrediteringsstandarden och den kontroll som finns över hur den får användas. Ackrediteringsorganet utgör en försäkring om att EN 45000-standarden översätts och tolkas på rätt sätt, dvs enligt de internationella standardiseringsorganens direktiv. Detta innebär att trots att varken SWEDAC eller någon annan myndighet kan kräva att ett laboratorium ackrediteras, så har de full kontroll över ackrediteringsprocessen på de laboratorier som självmant tillämpar ackreditering.

Användningen av kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård är däremot lagstadgad. Detta till trots har varken Socialstyrelsen eller någon annan myndighet total kontroll över hur kvalitetssäkringsprocesser inom hälso- och sjukvården sker, eftersom det inte finns någon kontrollerbar standard eller modell.

SWEDAC har med andra ord haft total kontroll över tolkningen av ackrediteringsidén men inte över spridningen av den. Nationella Samrådsgruppen kunde påverka och till vissa delar kontrollera spridningen av kvalitetssäkringsidén men hade liten kontroll över tolkningen av den.

Vid analysen av kvalitetssäkringsidén framträder en mångfacetterad och tämligen ”fri” institutionaliseringsprocess, vilken har gett utrymme för omtolkningar av idén såväl tidsmässigt som i olika praktiker. Idén ges olika innebörd i de idébärande organisationerna Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen och på exempelvis Universitetssjukhuset i Lund. De olika och ibland motsägelsefulla handlingar som idén om kvalitets-säkringar leder till, visar att det har funnits utrymme för omtolkningar ända ut i praktiken där modellerna har införts.

Studien visar också att vid en sådan fri institutionaliseringsprocess kan olika tolkningar eller modeller bli översatta till handling på olika nivåer i en organisation och därmed leda till gemensamma strukturer utåt fältet, dvs isomorfism samtidigt som den kan ge variation och förnyelse. Kvalitets-säkringsidén blev översatt till flera olika modeller vilka cirkulerade samtidigt men även efter varandra i fältet. Vissa särkopplades från

handlingar på vårdgolvet (organisationsgranskningen) medan andra förefaller ha skapat mer synliga effekter (exempelvis QUL).

Analysen av ackrediteringsidén visar istället på en ”kontrollerad” institutionaliseringsprocess i vilken en idé kopieras i bokstavig bemärkelse, utan att den görs omtolkningsbar och där det i stället är de människor, organisationer och handlingar som idén rör vid som omtolkas eller transformeras. På så sätt transformerades Statens Mät och Provråd till SWEDAC för att bemöta EG-direktiven om ackreditering eller snarare EUs grundidé om en gemensam homogen marknad.

På klinisk-kemiska laboratoriet i Lund kunde man inte heller omtolka ackrediteringsmodellen, beroende på att det fanns en så pass detaljerad beskrivning på hur den skulle genomföras. De som arbetade på laboratoriegolvet hade inte ens möjligheten att låta ackrediteringen passera utan att röra vid den, som många på vårdgolvet kunde göra med organisationsgranskningen, utan var tvungna att handla enligt ackrediteringens föreskrifter för att leva upp till ackrediteringskravet. Ackrediteringsidén visar således att det finns styrmodeller som varken särkopplas eller buffras bort utan som i allra högsta grad materialiseras i form av handlingar i den produktion av varor eller tjänster de är avsedda för. Sålunda skapas homogenisering och isopraxism.

Analysen visar härmed att kvalitetssäkringsidén har institutionaliserats genom en ”fri” process, i vilken idén omtolkats i tid och rum. Ackrediteringsidén har däremot institutionaliserats genom att kopieras i en ”kontrollerad” process. En av de insikter som studien gett är att idéer som flyttas mellan olika slags fält och/eller sfärer kan separeras som norm och handlingsmönster i förflyttningen. Sådana idéer blir omtolkningsbara på två plan, som normer och handlingsmönster.

Som normer kopplas idéerna till olika förhärskande idéer. Kvalitetssäkringsidén har kopplats till och omtolkats i termer av New Public Management trenden där olika styrningsmodeller från privat näringsliv inspirerar till problemlösningar och modeller. Ackrediteringsidén har skapats som en del av den homogenisering som EU-marknaden kräver och är därför kopplad till olika idéer om gemensam marknad.

Ytterligare en insikt som studien har givit är att de studerade institutionaliseringsprocesserna inte har något egentligt slut utan fortsätter

i en omtolkande eller kopierande översättningsprocess, vilken både kan förändra och vidmakthålla såväl processen som institutionen, normen och/eller handlingsmönstret.

För att ytterligare tydliggöra de två olika institutionaliseringsprocessernas karakteristika har jag åskådliggjort dem i tabellen nedan.

	Kvalitetssäkringsidén: En ”fri” institutionaliseringprocess	Ackrediteringsidén: En ”kontrollerad” institutionaliseringprocess
Problematisering	Spontan	Organiserad
Idén hämtad mellan	Olika fält/sfärer	Samma slags fält/sfärer
Norm och handlingsmönster	Separeras i flytten	Flyttas tillsammans
Idéskapare	Flera	EG
Förhållande idé – myndighet	Myndigheten (Socialstyrelsen) är med och skapar idén => myndigheten kan välja både idé och modell	Myndigheten (SWEDAC) skapas av idén => myndigheten kan varken välja idé eller modell
Översättning genom	Omtolkning	Kopiering
Förpackning	Svårförpackad => många modeller	Färdigförpackad => en modell/standard
Idéns resa i fältet	Många olika resvägar – fram och tillbaka mellan idébärare och idémottagare	En enda resväg – från idébärare till idémottagare
Myndighet litar till	Förordning och sedan lag	Marknadskrafterna
Förhållande idé – idémottagare	Obligatoriskt att införa idén – ingen obligatorisk modell	Valfritt att införa idén – obligatorisk modell
Modellen skapar: A) I fältet B) I den idémottagande organisationen	Tex: Organisationsgranskningen A) Isomorfism och mångfald B) Särkoppling mellan strukturer och handlingar, synlighet på administrativa nivåer – buffras bort från vårdrutinerna	Ackrediteringsmodellen A) Homogenisering och isopraxism B) Synlig i laboratorierutinerna – förändrar både lokaler och handlingar
Institutionaliserad A) Norm B) Handlingsmönster	A) ”Att man som vårdgivare skall vara kvalitetssäkrad” B) Inte enhetligt	A) ”Att man som sjukhuslaboratorium skall vara ackrediterad” B) Enligt SWEDAC:s ackrediteringsstandard
Kopplad till följande A) Identitet B)Förhärskande idéer	A) Privat näringsliv B) New Public Management: – mäta och jämföra – företagiserande – köp/sälj – konkurrens – effektivitet och produktivitet	A) Gemensam handelsunion B) Fri rörlighet av tjänster: – homogenisering – marknadskrafter – info till kunden – kvalitetsgaranti

Tabell 6.1: Idéers institutionalisering.

Utifrån analysen och summeringen av den kan ett par funderingar lyftas fram. Jag vill dock påpeka att dessa är grundade på det studerade materialet och gäller därför institutionalisering som sker uppifrån/utifrån.

Även i en fri institutionaliseringsprocess varierar utrymmet för omtolkningar beroende på var och när översättningarna görs. I många idébärande organisationer skapas idéerna, och då finns det ett stort utrymme för omtolkningar. Här kan man kombinera, modifiera och laborera med idéer, innan de skickas vidare till de idémottagande organisationerna. När idéerna så möter praktiken i den idémottagande organisationen, är de redan paketerade och därför inte lika omtolkningsbara som innan.

Slutsatsen är att vid institutionalisering som sker uppifrån och ner och där det finns utrymme för omtolkning av idéen, blir utrymmet för omtolkning av idéen mindre allt eftersom den kommer närmare verkstads-golvet rumsmässigt och institutionaliseringen fortskrider tidsmässigt (Jämför Tolbert och Zucker, 1996). Detta betyder inte att det inte kan förekomma kreativa översättningsprocesser i alla skeden av institutionaliseringsprocessen – utan snarare att varje person som vidrör en idé endast kan översätta den inom ramen för sina befogenheter i sin respektive befattning. Ett konkret exempel är att laboratoriepersonalen tyckte att det var en kreativ period när de införde ackrediteringen på laboratoriet, trots att de inte hade möjlighet att påverka vare sig normen eller handlingsmönstret av idéen.

Vid institutionaliseringen av en idé som inte är omtolkningsbar utan som istället transformerar den eller det den möter är utrymmet eller behovet av kreativitet omvänt. Det blir större ju närmare verkstads-golvet och de konkreta rutinerna idéen kommer. Detta utrymme gäller dock inte omtolkning av själva idéen utan omtolkning/transformering av om-givningen för att den skall anpassas till idéen.

Översatt i Latours (1986) termer av makt, där makt är ett resultat av översättningsprocessen, skulle det kunna påstås att en frivillig idé som inte är omtolkningsbar utan som transformerar det och dem den möter, har större makt än en idé som är lagstadgad men som kan omtolkas och buffras bort. Olika idéer har sålunda olika "maktpotential" beroende på om de är omtolkningsbara eller inte. Latour påpekar även att det är de

idéer som inte är omtolkningsbara, dvs som har maktpotential som behöver förklaras, eftersom omtolkning och att låta idén passera, är de gängse översättningsprocesserna.

I nästa och sista kapitlet skall jag spekulera vidare om vilka konsekvenser den senaste omtolkningen av kvalitetssäkringsidén kan få inom hälso- och sjukvården. Ompaketeringen av kvalitetssäkringsidén till en certifieringsmodell för vårdande verksamhet har inspirerats av ackrediteringsidén. Den kan därför förväntas ha en större maktpotential än de tidigare modellerna. Detta skulle innebära att de förförande idéerna inte längre kan särkopplas från den vårdande verksamheten. De kan då istället komma att förändra den genom isopraxism.

KAPITEL 7

FÖRFÖRANDE IDÉER

I föregående kapitel visades hur kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén översattes under institutionaliseringens gång. En process som fortsätter i omtolkningar och omdefinieringar av de två idéerna och deras användningsområden. I detta kapitel skall jag spekulera vidare om en av de senaste omtolkningarna av kvalitetssäkringsidén som certifiering av vårdande verksamhet. Inledningsvis beskrivs certifieringsmodellen som inspirerats av SWEDAC:s ackrediteringar samt hur den kopplas till förförande idéer från både New Public Management och revisions-trenden. I ett avslutande avsnitt för jag ett resonemang kring vilka konsekvenser dessa idéer kan få, om de genom isopraxis skapar nya handlingsmönster i den vårdande praktiken.

Jag har kallat slutkapitlet för förförande idéer. Många av dagens idéer på modet förför organisationer med managementslogik och oemotståndliga löften om effektivitet, produktivitet, och rationell styrning. Idéer vilka i sin tur är hämtade från den övergripande berättelsen om effektivitet som ett framgångskriterium.

Berättelsen om effektivitet och rationalitet som ett framgångskriterium är en återkommande berättelse i det moderna samhället (Law, 1991; Czarniawska och Joerges, 1996) – en berättelse vars logik och retorik är hämtade bla från redovisningstraditionen (Rose, 1991; Rose och Miller, 1992; Armstrong, 1994) och den ekonomiska diskursen (Hopwood, 1989).

New Public Managementidéerna är ett exempel på hur dessa krav på rationellt handlande operationaliseras i olika styrmodeller, vilka har som

grundantagande att en organisation kan presenteras som flöden av olika resurser (input → output) som kan styras och justeras allt efter önskvärdhet. Detta grundantagande, vilket finns i exempelvis effektivitets- och produktivitetsbegreppen om att det ständigt går att förbättra produktionsprocessen med styrning och kontroll, ligger till grund för modernitetens försök att utrota allsköns ineffektiva individer, processer och samhällen (Rose och Miller, 1992; Miller och O'Leary, 1994).

De flesta reformer inom offentlig förvaltning under perioden 1970-1995 har i enlighet med New Public Managementtenden byggt på logiken om en decentraliserad och avreglerad offentlig förvaltning, där tjänster köps och säljs på en öppen tjänstemarknad samt idén om avgränsbara styrbara organisationer (Vrangbæk, 1999; Kragh Jespersen, 1999).

Decentralisering av budgetansvar och andra liknande reformer har lett till att den byråkratiska styrningen försvagats, och att centrala organ som exempelvis Socialstyrelsen inte fått samma information om de offentliga verksamheternas förhållanden, som de fick tidigare. Detta har gjort att staten på senare år har haft ansvar för verksamheter utan några tydliga styr- och kontrollinstrument (Jacobsson och Sahlin-Andersson, 1995). De politiska styrningsmekanismerna har med andra ord nedmonterats utan att marknadsmekanismerna tagit över (Jämför Jacobsson, 1994b; Hasselbladh, 1994). New Public Managements styrmodeller har helt enkelt inte kommit att fungera särskilt väl i offentlig förvaltning (Powell, 1997). Detta leder enligt Jacobsson (1994a) till att det har skapats ett glapp inom offentlig förvaltning mellan det politiska systemet, som fortfarande har det övergripande ansvaret, och praktiken som omtolkar eller buffrar bort marknadsidéerna. Ett exempel på detta är hur organisationsgranskningsmodellen blev buffrad bort från vårdrutinerna på Universitetssjukhuset i Lund. Detta glapp skapar ett behov av andra styr- och kontrollformer.

Decentraliseringarna till trots har staten fortfarande det slutgiltiga ansvaret för verksamheter inom den skattefinansierade förvaltningen. Allt tyder nu också på att Socialstyrelsen inte accepterar att dess styrningsförsök buffras bort utan försöker hitta eller skapa en modell som kan omvandla lagen om att "rätt saker" skall göras på "rätt sätt" till praxis i den vårdande praktiken.

Den fortsatta omtolkningen och omdefinieringen

Med lagen har riksdagen stadgat att all hälso- och sjukvård måste bedrivas effektivt och produktivt, enligt den gängse definitionen på effektivitet och produktivitet som ”att göra rätt saker” respektive ”att göra saker på rätt sätt” (Se exempelvis, Harrington, 1991; Bowerman, 1994a). Ett annat sätt att tolka lagen på är att den ger Socialstyrelsen befogenhet att definiera vilka saker som skall göras och hur de skall göras inom hälso- och sjukvården, speciellt med tanke på att Socialstyrelsen enligt samma lag har fått utökat tillsynsansvar över hälso- och sjukvården. Kvalitetssäkring har således i Socialstyrelsens och regeringens senaste översättning blivit en önskan om att (åter)ta kontrollen över verksamheter i hälso- och sjukvården.

Som analysen i kapitel sex visar har Socialstyrelsen därför fortsatt att omtolka kvalitetssäkringsidén genom att söka en modell vilken kan göra deras styrningsambitioner till verklighet. Omtolkningen görs genom att kvalitetssäkringsidén ompaketeras, men även genom att den kopplas till nya trender i samhället.

En av de senaste omtolkningarna av kvalitetssäkringsidén är en certifieringsmodell för vårdande verksamhet. Modellen har testats i ett projekt som drivits av SWEDAC i samarbete med Socialstyrelsen och Spri under vintern 1997-1998 (SWEDAC magasinet 1998:1). Modellen kan ses som en del av SWEDAC:s utvidgningar genom omdefinieringar av nya områden som ackrediterings- eller certifieringsbara. Modellen bygger enligt SWEDAC först och främst på ISO 9000-standarder och avser inte medicinsk granskning:

Däremot får ledningen och all personal tillgång till ett ”verktyg” som kan användas för att effektivisera verksamheten och för att säkerställa tillräcklig kvalitet i den verksamhet man bedriver. (Ibid s 5)

Vidare sägs modellens syfte vara att skapa rutiner för administration och dokumentation. Processbeskrivning utgör ytterligare ett led i att göra avdelningarnas verksamheter så synliga som möjligt. En datoriserad kvalitetsmanual där alla instruktioner och rutiner finns samlade har i detta syfte tagits fram av den kirurgiska avdelning som testat certifieringen.

En av de viktigare ingredienserna i certifieringen är *kontraktet*. Inom den offentliga hälso- och sjukvården kommer detta att gälla tre parter: ”en beställare (landstinget), en utförare (kliniken) och en kund (patienten)” (SWEDAC magasinet 1998:1 s 4). Detta kontrakt är således inte av samma slag som det kontrakt som redan använts inom hälso- och sjukvården som ett slags budgetprestations-kontrakt (Anell, 1990; Paulsson, 1993; Lindkvist och Cederholm, 1994). Ett prestationsbudget-system är en del av redovisningstraditionen och fungerar mellan två parter, beställare/utövare eller kund/producent. Kontraktet kan i sin tur kontrolleras genom externa revisorer. I ett kontrakt av det slag som ingår i den nya certifieringsmodellen, tar certifieringsorganet däremot över både kundens och den externa revisorns roll och ingår således som en av parterna i kontraktet.

Varken Socialstyrelsen eller SWEDAC skulle dock själva komma att agera som certifieringsorgan, dvs ta hand om den löpande kontrollen. Denna skall istället skötas av särskilda opartiska certifieringsorgan. Under våren 1998 har därför certifieringsorganen SEMKO och Det Norske Veritas ”genomfört så kallade utbildningsrevisioner” (SWEDAC magasinet 1998:1 s 4) vid de kliniker vilka har testat certifieringsmodellen. Dessa certifieringsorgan kommer dock i sin tur att kontrolleras och certifieras för ändamålet av SWEDAC.

Även om certifieringsmodellen för vårdande verksamheter inte är tänkt som en ackreditering enligt EN 45000, har SWEDAC använt sin erfarenhet och taktik från förberedelserna för ackreditering av sjukhuslaboratorier vid byggandet och testandet av den nya modellen. Enligt den ansvarige projektledaren på SWEDAC kommer själva standarden för certifieringen, ISO 9000, inte att ändras, precis som EN 45000- och ISO 9000- standarderna inte ändrades, när de användes för ackreditering av sjukhuslaboratorierna. Vikten läggs från SWEDAC:s sida istället vid hur en vårdande avdelning kan/skall förbereda sig för att ta emot standarden.

Därmed skulle samma effekt kunna uppnås som vid ackreditering av sjukhuslaboratorier, dvs att den praktik som skall certifieras måste transformera sig själv så att den passar standarden (Se kapitel sex).

Certifieringen är även som kontrollform tänkt att likna ackrediteringen, vilken är uppbyggd på ett sådant sätt att den kontrollerar hela produktionsprocessen både input, själva produktionsprocessen och output (Se kapitel fem). Som kontrollform kan ackrediteringen ses som en blandning mellan marknads- och byråkratisk kontroll (Ouchi, 1979). Enligt Ouchi ställer marknaden stora krav på information för att ett pris skall kunna sättas på produkterna, outputkontroll, samtidigt som byråkratin kräver regler och standarder för att minska osäkerheten genom input och/eller handlingskontroll. Ouchi påpekar även att för att kunna utöva handlingskontroll måste det vara möjligt att följa produktionsprocessen i detalj och/eller mäta resultatet.

Det kan dock tyckas tveksamt att dessa kontrollmekanismer skulle vara tillämpbara i vårdande verksamheter. Vårdprocessen är i de flesta fall omöjlig att standardisera, så att den kan följas i detalj, även om den följer vissa rutiner (Se kapitel fyra). Den är svårare att dokumentera än den datoriserade laboratorieverksamheten och dess resultat går i de flesta fall inte att mäta (Donabedian, 1982). I jämförelse med laboratorieverksamheter är med andra ord vårdande verksamheter svåra att kontrollera.

Certifieringsmodellen förefaller dock kringgå detta genom att skapa kontrollerbara handlingar till följd av de krav den ställer på rutiner för att dokumentera verksamheten samt för *hur* dokumentationen skall gå till. Förutom att rent konkret skapa kontrollerbara handlingar skulle den ökade dokumentationen kunna ge ökad information om själva vårdprocessen, som därmed skulle kunna göras mera synlig och kontrollerbar.

De syften som modellen förefaller ha är med andra ord att skapa rutiner för dokumentation och administration, göra processbeskrivningarna mer synliga och arbetsprocessen därmed mera kontrollerbar, effektivisera verksamheter samt upprätta ett kontrakt mellan uppdragsgivaren, utföraren och kunden. Detta skall uppnås genom bla engagemang på vårdgolvet medelst exempelvis upprättandet av en egen lokal kvalitetsmanual. Att syftena uppnås skall i sin tur kontrolleras av ett externt certifieringsorgan.

Denna förändring i kvalitetssäkringars syfte samt det faktum att SWEDAC får förfrågningar om certifieringar av ovannämnda slag från allt fler icke tekniska områden, tyder på att det finns en trend i att som organisation, organ eller till och med som person, vara certifierad eller ackrediterad utifrån av ett fristående certifierings/ackrediteringsorgan. Denna trend, som blir allt vanligare inom offentlig förvaltning, har kallats för revisionstrenden (Power, 1997). Trenden förefaller bestå av och skapa externa granskningar och certifieringar av allt fler verksamheter vilka tidigare inte tillämpat sådana externa kontroller. Ytterligare karakteristika för revision är att granskningarna eller certifieringarna görs av ett ”objektivt” granskningsorgan, samt att det upprättas ett slags kontrakt de tre parterna emellan (Rose och Miller, 1992; Bowerman, 1994b; Power, 1997).

Revisionstrenden

Även revisionstrenden grundar sig dels på tron på *effektivitet* och *effektivisering* som framgångskriterier (Miller and O'Leary, 1987) och dels på ”*företagiserandet*” av offentliga organisationer via målstyrning och rambudget (Mouritsen, 1997). Revisionstrenden närs således av samma övergripande berättelser som New Public Managementtenden,

Enligt Power (1997) är New Public Management ett av de tre samhällsliga fenomen som skapat förutsättningarna för och efterfrågan av samma slags övervakning (monitoring) vilken frammanat revisions-trenden:

The so-called New Public Management, related shifts in regulatory style and initiatives in quality management have all, in overlapping ways, provided the conditions under which very similar forms of monitoring practice have been demanded. By virtue of pushing control further into organizations, relying on the cognitive and economic resources of self-control, markets for internal and external auditing have been created to satisfy the need to connect internal organizational arrangements to public ideals. (Power, 1997, s 10)

Power använder sig av Rose och Millers (1992) distinktion mellan en *programdel* och en *teknisk del* av idén revision (audit). Programdelen är de normer, förväntningar och generella politiska mål som kopplas till idén av styrande organ som myndigheter och staten. Den tekniska delen utgör

i sin tur de medel eller modeller med vilka de styrande organen för ut dessa normer och mål till praktiken. Programdelen skulle således kunna jämföras med normdelen av en idé eller en institution, som jag beskrev den i kapitel sex, och den tekniska delen med modellen eller det handlingsmönster som följer med normen och genom vilket den är tänkt att materialiseras.

Dagens myndigheters och regeringars möjlighet att styra med hjälp av ”uppochnedvänd” institutionalisering av detta slag, dvs genom att skapa såväl normen (programdelen) som handlingsmönstret (den tekniska delen) av de institutioner som de vill att verksamheter skall relatera sig till och inkorporera i sina handlingar, existerar enligt Rose och Miller tack vare den allmänna uppfattningen att myndigheter styr dithän att medborgarnas liv skall bli bättre:

Central to the possibility of government, we argue, are the associations formed between entities constituted as ”political” and the projects, plans and practices of those authorities – economic, legal, spiritual, medical, technical – who endeavour to administer the lives of others in the light of conceptions of what is good, healthy, normal, virtuous, efficient or profitable. (1992, s 175)

Riksdagen kan stifta lagar om kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården och ge Socialstyrelsen ökad tillsynsfunktion över den, därför att vi som medborgare förutsätter att såväl regeringen som Socialstyrelsen har vårt bästa för ögonen. Även förslaget att låta ett objektiva granskningsorgan sköta den externa granskningen av vårdprocessen, motiveras med att ett sådant förfarande tillvaratar skattebetalarens alias kundens intressen.

Det är även i kundens namn som internationella kvalitetsstandarder tagits fram. Stora internationella marknader gör informationsflödet mellan producent och kund svårare än på mindre lokala marknader. Därför ökar kravet på lättåtkomlig information (Ouchi, 1979) vid skapandet av exempelvis gemensamma handelsunioner. Den explosionsartade framväxten av olika slags kvalitetssäkringar inom privat näringsliv under 1980-talet indikerar en ny sorts kommunikation mellan säljare och köpare. Enligt Juran (1989) har kvalitetssäkringar allt mer fått rollen av att både tillhandahålla komprimerad information om produkten till kunden och att vara en del av kontraktet mellan köpare och säljare. Ytterligare en viktig förändring vid certifiering är att tilliten flyttas från relationen

säljare-kund till en utomstående (objektiv) part, dvs certifieringsorganet (Power, 1997). Ackrediteringsidén och standarden är ett exempel på hur handelsunioner och globaliseringar av marknader har bidragit till ovannämnda behov och framväxten av kvalitetssäkringar. Enligt Power är det bla övervakningar av detta slag som har skapat förutsättningarna för och behovet av revisionstrenden.

Sammanmältningen av kvalitetssäkringsidén och ackrediteringsidén i certifieringsmodellen visar hur revisionstrenden inom offentlig förvaltning kan komma att bygga ihop två slags kontrollmekanismer, att kunden skall ha rätt att värdera produkten genom information i form av en kvalitetssäkring (ackrediteringsidén), och att ansvariga myndigheter, dvs Socialstyrelsen i detta fall, skall styra och kontrollera skattefinansierade verksamheter (kvalitetssäkringsidén). Nytt för revisionen inom offentliga verksamheter är att kontraktet skapas mellan tre parter: beställaren, utföraren och kunden (dvs skattebetalaren).

Först New Public Management och sedan revisionens idéer har genom att använda den ekonomiska diskursen haft ett skimmer över sig att kunna bota allt slags ineffektivitet, produktivitet och rationell styrning.

Latour (1987) använder metaforen Pandoras ask för att beskriva institutionens svarta låda. I metaforen ligger ett antagande om att så länge man inte öppnar asken så fortgår de förgivettagna handlingarna/översättningarna. Jag skulle vilja använda Pandoras ask i betydelsen en ask som innehåller flera idéer vilka är kopplade till institutioner i privat näringsliv. Institutionerna består av normer och handlingsmönster vilka är självklara för dem som skapat dem och fortsätter att återskapa dem. De som ser idéerna på håll dvs organisationer inom offentlig förvaltning, har svårt att se exakt vad som finns i lådan. De tror därför på olika myter eller övergripande berättelser om idéerna som finns i asken och deras fantastiska egenskaper. Både New Public Management och revisions-trendens idéer kan liknas vid en sådan Pandoras ask, som antas innehålla alla de goda egenskaper som tillskrivs privat näringsliv. Dessutom skapar dessa idéer en illusion av att alla verksamheter är mätbara och maximerbara (Jämför Berger et al, 1973).

Privat näringsliv och offentlig förvaltning reflekterar dock olika slags ideologi eller logik om hur samhället fungerar (Ibid). Därför kan samma

idéer få andra konsekvenser i hälso- och sjukvården än de fått i privat näringsliv.

Faran av förförande idéer

Den ekonomiska diskursen som Hopwood (1989) kallar den förändrar organisationer inom offentlig förvaltning allt eftersom den för in ekonomiska beräkningar och räkenskaper i effektivitetens och produktivitetens namn. Det är dessutom, enligt Hopwood, de ekonomiska begreppens diffusa definitioner och brist på konsistenta användningar och betydelser, som gör att de kan användas för att fylla önskningar och förväntningar, utan att det egentligen finns någon operationalisering bakom dem. Kvalitetssäkringsidén är ett utmärkt exempel på detta.

Denna överföring av idéer har skett genom bland annat New Public Management och fortsätter medelst revisionstrenden, Vilka konsekvenser det kan få att föra idéer mellan olika sfärer skall jag diskutera nedan. Diskussionen görs i termer av vad den nya certifieringsmodellen kan förväntas skapa om den införs i vårdande verksamheter: mätbarhet, synlighet och dokumentation, kontraktet, centralisering av makt samt handlingskontroll. Att en modell av detta slag kan förväntas skapa *isopraxis* i vårdande verksamhet istället för att särkopplas som dess föregångare, gör diskussionen – om än spekulativ – desto viktigare.

Mätbarhet

Såväl begreppen mått som resultat används flitigt och hänger intimt samman med olika styrningsmodeller. Tanken bakom sådana styrningsmodeller är att ett resultat skall produceras och visas och relateras till det ingångna kontraktet eller de uppställda målen. I privat näringsliv har olika former av styrning använt skiftande mått och mätmetoder för att realisera de styrningseffekter som metoden ifråga varit avsedd att åstadkomma (Jämför Näslund, 1996). Enligt Vrangbæk (1999) har New Public Management således ställt ökade krav på mått och mätbarhet hos verksamheter inom hälso- och sjukvården i syfte att uppnå effektivitet och kostnadsreduktion.

Även revisionstrenden har i allra högsta grad bidragit till legitimeringen av räknande och värderande i form av siffror (Bowerman, 1995). Fördelen med siffror i revisionsammanhang är att det är enkelt att utföra olika slags jämförelser och ekvationer med dem (Mouritsen, 1997). Siffror utgör enligt Mouritsen därför ett enkelt uttryck för organisationers komplexa processer. Det är enklare och snabbare att handskas med information som är abstraherad i tal än i skriven text. Siffror framstår och uppfattas just genom abstraktionen och enkelheten ofta som en objektiv, sann och opartisk verklighet (Pollitt, 1990; Meyer, 1994). Det är därför inte förvånande att det första kvalitetssäkring översattes till i hälso- och sjukvården var just ett sätt att mäta kvalitet. Huvudsyftet med den omtolkningen var att det skulle bli lättare att jämföra och styra verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Att verksamheter synliggörs genom siffror och fakta, som kopplas loss från den egentliga situationen där de uppstår eller vilken de representerar, ger en känsla av att verkligheten är mera lättstyrd och kontrollerbar än den egentligen är. En del av praktikens eller verklighetens komplexitet trollos helt enkelt bort (Pollitt, 1990), vilket var syftet med produktivetsrapporterna i mitten på 1980-talet inom offentlig förvaltning. Ramberg (1997) kallar detta fenomen för "måttens grundläggande idé" (s 58). Denna idé förutsätter enligt Ramberg att det är på grund av deras lättillgänglighet och komprimerbarhet visavi ord som siffror är att föredra.

Synlighet och dokumentation

De flesta management-modellerna bygger på grundantagandet att det går att styra en verksamhet genom att dess transaktioner görs synbara. Det finns därför en stark koppling mellan den styrningseffekt och den kontroll som kan utövas med ett kvalitets- och/eller revisionsystem och dess förmåga att göra verksamheten synlig och processbar. De reformer som genomförts i offentlig förvaltning i Sverige de två senaste decennierna har var för sig och sammantaget syftat till att skapa en större synlighet av verksamheten i antingen marknadens, effektivitetens eller kundens namn (Jämför Anell, 1990; Rombach och Sahlin-Andersson, 1995).

Denna synlighet har inom hälso- och sjukvården skapats genom att dokumentationen ökat lavinartat. Organisationsgranskningen blev exempelvis översatt till dokumentation vilken granskades vid den externa granskningen.

En sådan förändring är dock allt annat än positiv, då den gör att själva vårdrutinerna kan komma i skymundan. Dels för att sjukvårdspersonal inte får tid nog över till vårdrutinerna, dels för att dokumentationen genom sin synlighet kan komma att bli den del av arbetet med vilken sjukvårdspersonal kan legitimera sig i sina arbetsroller (Roberts, 1991; Laughlin, 1996; Power, 1997).

Roberts (Ibid) påpekar att olika redovisnings- och revisionssystem eller modeller skapar ett mönster, där det är genom att utföra de administrativa rutinerna som varje individ gör sig själv synlig och tar sitt ansvar. Detta ansvarstagande skapar en sorts fixering enligt Roberts vid de individuella handlingarna (administrationen) på bekostnad av de gemensamma eller de mindre formella rutinerna och handlingarna (omvårdnad). Power (1997) påpekar hur just den våg av revisioner/granskningar som sköljt över västländerna det senaste decenniet, leder till att allt fler människor legitimerar sig genom dokumenterande i sina arbeten. Ytterligare en fara med denna ökade fokus på dokumentation är enligt Hopwood (1989) att olika beslut kan komma att fattas utifrån de rapporter och dokument, vilka redovisar organisationens handlingar och inte utifrån handlingarna själva.

Decentraliseringen av ansvaret för offentliga verksamheter kompenseras enligt ovanstående genom revisioner och granskningar via olika kontrakt. Kontraktet har varit en del av ackrediteringsidén och har nu kommit att bli en del av certifieringsmodellen för vårdande verksamhet. Den moderna staten skulle på så sätt karakteriseras av en rad olika självstyrande enheter, vilka kopplas till varandra genom kontrakt som ett sätt att vidmakthålla tillit och ansvar.

Ansvar genom kontrakt

New Public Management har påverkat ansvarstagandet genom en omallokering av finansieringen direkt till den enhet som skall använda

pengarna (Laughlin, 1996). Enheten blir samtidigt involverad i ett kontrakt enligt vilket den åtar sig direkt ansvar för att rapportera tillbaka om hur man antingen kommer att använda medlen eller har använt dem. Enligt Laughlin (1996) fungerar ett sådant kontrakt på så sätt att det finns ett flöde av resurser från beställaren till utföraren samt ett flöde av information från utföraren till beställaren. Dessutom finns det ett flöde som symboliserar beställarens krav på information från utföraren, och ett annat som symboliserar den information som lämnas av utföraren till beställaren. Resonemanget är att utföraren går med på att lämna information om sina förehavanden i utbyte mot de resurser som mottas från beställaren. Kopplat till resursöverföringen från beställare till utförare finns förväntningar som skall infrias.

New Public Management har genom omallokering av finansieringen gjort att rapporteringen inte går tillbaka till centrala organ som exempelvis Socialstyrelsen utan sker internt inom exempelvis ett landsting – när budgetansvaret lades ut på enskilda enheter försvann deras anledning till att rapportera tillbaka centralt. Kontraktet har med andra ord inte gällt den vårdande verksamheten versus staten eller socialstyrelsen utan har utövats på ett mera lokalt plan. Detta har fört med sig att Socialstyrelsen inte fått information om verksamheter som den har slutgiltigt ansvar för.

Kvalitetssäkring i form av certifieringar och ackrediteringar utifrån av tredje part kommer som svar på detta att innehålla en explicit kontraktsdel. Kontraktet fastställer mängden produkter som skall produceras till ett visst pris (budget) och vilken kvalitet produkten skall hålla. Dessutom kan kontraktet bli ett av de medel varigenom uppdragsgivaren, dvs staten, regeringen, här Socialstyrelsen, kan skaffa information om verksamheter inom hälso- och sjukvården.

En intressekonflikt som kan uppstå i en kontraktssituation är ofta mellan professioners ideal och det kontrakt som finns med beställaren. Oftast är de professionella idealen eller intressena formulerade utifrån helt andra termer än de ekonomiska, och det kan därför bli en intressekonflikt mellan dem och de ekonomiska formuleringar eller krav och förväntningar som finns i kontraktet. Ofta står läkarna inför mycket tvetydiga krav när de skall jämföra de olika värderingskriterier som de två rollerna ställer på en och samma person (Pollitt, 1990; Pollitt, 1993; Laughlin, 1996; Power, 1997). Ytterligare en balans som riskerar att

rubbas i en kontraktsituation är att olika professioner inom hälso- och sjukvården kan bli prestationsfinansierade. Tidigare finansierades verksamheter inom hälso- och sjukvården för att möjliggöra för exempelvis läkare att utöva sin profession och sitt kall – vilket var löskopplat från ekonomisk vinning.

En positiv effekt som kan uppnås med kontrakt däremot är att även utföraren får skrivet i kontraktet vad som skall göras till ett visst pris. Kontraktet kan på så sätt även skydda utföraren från för höga eller diffusa krav från beställarens sida. Detta skulle kunna bli en fördel med den nya certifieringsmodellen för vårdande verksamhet.

Centralisering av makt

Ett av syftena med New Public Management har varit att föra ut ansvar för produktionen till dem i produktionen under förespegligen att skattebetalare har rätt att för det första veta hur skattemedlena används och för det andra att kräva en så effektiv användning av medlen som möjligt.

Denna ursprungliga avsikt med New Public Management har dock inte gett skattebetalarna större insikt i den offentliga förvaltningens förhållanden, eftersom utvärderingen av den offentliga förvaltningens effektivitet numera sker genom revisioner gjorda av revisorer, vilka är anställda i olika myndigheter eller myndighetsliknande organ. Därmed är gemene man snarare mer beroende av dessa revisionsorgan än tidigare vid försäkran om att skattepengar används på ett förnuftigt sätt (Bowerman, 1994b; Power, 1997).

New Public Management leder således inte alltid till ökat självstyre och frihet som myndigheter och regering påstår utan kan leda till ökad kontroll över offentliga verksamheter och organisationer vilket framväxten av revisionstrenden visar. Denna kontroll går hand i hand med det ökade behov av central kontroll från myndigheters sida som avregleringen av offentlig förvaltning kräver (Boden och Froud, 1996).

Bowerman (1994b) påpekar att det finns en risk att revisionsmyndigheter och certifieringsorgan, vilka framstår som självständiga och objektiva, kan ge legitimitet åt dubiösa resultatmätningar, som kan

komma att användas som underlag för politiska beslut lokalt samt av regeringen som argument för att utöva kontroll över de lokala myndigheterna. Bowerman (1994a) väcker också frågan om det är så att mer uppmärksamhet har kommit att ges åt om saker görs på rätt sätt (efficiency) än att rätt saker görs (effectiveness). Kvalitetssäkringar och andra externa revisioner kan således leda till att man fokuserar mera på att saker görs på rätt sätt än att rätt saker görs, då de som gör granskningar och revisioner åt revisionsmyndigheter inte kan tillräckligt mycket om den verksamhet de utvärderar för att kunna avgöra vad som borde göras.

Handlingsstyrning

Jag har tidigare visat att Socialstyrelsen med den nya lagen vill uppnå handlingskontroll över hälso- och sjukvården. Enligt Ouchi (1979) måste det vara möjligt att följa produktionsprocessen i detalj och/eller mäta resultatet för att handlingskontroll skall kunna utövas. Verksamheten på klinisk-kemiska laboratoriet, vilken beskrivs i kapitel fem, stämde in på dessa kriterier, enär det oftast är lätt att följa analysprocessen i detalj samtidigt som dess resultat för det mesta är mätbart.

De direkta observationerna i kapitel fyra visar däremot hur annorlunda en vårdande verksamhet är jämfört med laboratorieverksamheten. Att den nya certifieringsmodellen styr handlingar från omvårdnad till administration kan, som jag tidigare påpekat, därför betyda att det helt enkelt är enklare att synliggöra och kontrollera dessa handlingar än omvårdnadsrutinerna.

De direkta observationerna visade dock att den redan ökade administrationen skapade stressade och kaotiska situationer, då det inte egentligen fanns någon tid eller plats att utföra dessa sysslor på.

Dessutom föreföll dessa sysslor passa än sämre in i de ”mjukare” sätten att organisera omvårdnadsarbetet som exempelvis när omvårdnaden endast sköttes av sjuksköterskor, vilka hade totalansvar för ett antal patienter, som på den ena halvan av avdelningen ”Hurten” i kapitel fyra, än i de arbetsgrupper där sjuksköterskor och undersköterskor hade mer uppdelade arbetsuppgifter. Den stegvisa förändring som har funnits

inom vården de senaste två decennierna mot decentralisering och humanisering, där patienten skall vara i centrum, kräver en viss mängd personal och resurser. Nedskärningar och omstruktureringar ger minskade resurser vilket skulle kunna tyda på att ”mjukare”, dvs mindre rutiniserad och mera patientnära, organisering av arbetet inte är de mest lämpliga vid nedskärningar. Det är helt enkelt två olika trender eller reformer vilka nu möts inom den vårdande praktiken: avrutinisering tillsammans med humanisering och nedskärningar tillsammans med omstruktureringar. Resultatet kan mycket väl bli att ”mjuk” organisering får ge vika under hårdare tider, när det blir viktigt att se till så att åtminstone basrutinerna blir genomförda ordentligt (Jämför Näslund, 1996).

Uppkomsten av revisionstrenden kan således ses som ett exempel på att olika managementmodeller och deras utveckling eller förändring genom åren reflekterar det allmänna ekonomiska läget de tider då de har varit mest använda. Under goda tider har det varit mera intressant att se till de mjukare aspekterna av styrning. De informella och psykologiska styrningsmekanismerna framhävs liksom vikten av att decentralisera makt och ansvar. Under de hårdare tiderna används framtagandet och redovisandet av siffror samt handlingsstyrning istället för att kontrollera de processer som äger rum och för att genomföra nedskärningar (Ibid).

Revisionstrenden har med andra ord lett till att nya kontrollmekanismer har smugit sig in i den byråkratiska styrningen – kontrollmekanismer som åtminstone ger sken av samma möjlighet till styrning som inom det privata näringslivet, och av att vara en kundrelaterad kontroll (Bowerman, 1995) men som i offentlig hälso- och sjukvården även kan ge andra effekter.

Revisionstrenden har dessutom byggt in en ny finess: Politikerna behöver inte ta konsekvenserna av sina handlingar alldenstund de enligt decentraliseringsprincipen är fjärrade från den egentliga verksamheten (Rombach, 1994).

Epilog

Kvalitetssäkringsidén i hälso- och sjukvården och ackrediteringsidén kan var för sig och tillsammans ses som ett exempel på den revisionstrend (auditing), som sköljt över flera andra verksamheter och länder i västvärlden de senaste åren. Studien visar bland annat att revisions-trenden förutsätter centralisering av makt och leder till en ny sorts kontroll inom offentlig förvaltning – som bland annat medför ett skifte från inputkontroll till handlingskontroll. Detta skifte har möjliggjorts, bland annat genom de olika organiseringsmoden och trender inom offentlig förvaltning vilka sammantagna brukar kallas New Public Management. Att New Public Management har skapat förutsättningar för revision och handlingskontroll beror på att den i sig självt introducerat det privata näringslivets logik, språk och outputkontroll i offentlig förvaltning.

I praktiken har detta kunnat ses i ett slags urskillningslös överföring av idéer från privat näringsliv till offentlig förvaltning, där vilken styrningsmodell som helst från privat näringsliv har ansetts föra med sig alla marknadens eftertraktansvärda egenskaper. Det förefaller således ha funnits både en övertro på styrningsmekanismer från privat näringsliv och en bristande insikt om hur dessa styrningsmekanismer egentligen kan/bör användas inom offentlig förvaltning (Jämför Rombach, 1994). Dessutom finns ett slags nonchalering av det faktum att många verksamheter inom offentlig förvaltning som exempelvis hälso- och sjukvård drivs offentligt genom skattefinansiering just för att det tidigare ansetts omöjligt att tillhandahålla dessa tjänster på marknaden (Se Scott, 1995).

New Public Management har visat vägen för verksamheter inom exempelvis hälso- och sjukvården som nu låter sig mätas, effektiviseras och utvärderas enligt kriterier, som bygger på annan logik och andra värderingar än de medicinska. Hittills verkar dock varken management eller revision ha bättre alternativ att erbjuda än dem de skall ersätta. De senaste decenniernas reformerande har med andra ord varit mer effektivt när det gäller att förändra och demontera de befintliga institutionerna än att skapa nya.

De institutioner som demonteras är de som hittills fått hälso- och sjukvården att fungera. Vilka konsekvenser detta kommer att få är svårt att förutse. De effekter vi ser idag är dock tämligen klara: Vården blir alltmer värderad utifrån dokument och siffror som inte förmår förmedla den komplexa verksamhet de är avsedda att spegla. Styrningen centraliseras bland myndigheter och myndighetsliknande organ och sker på så sätt på allt längre håll från de verksamheter som skall styras. Detta leder i sin tur till att ansvaret hos sjukvårdsprofessioner och tilliten till den ersätts med kontrakt.

Medicinska och humanistiska normer och värderingar ersätts helt enkelt med managements. Handlingsmönster som skapats av dem som arbetar i vården hotas nu av styrmodeller som bland annat styr handlingar från omvårdnad till administration.

Det finns flera olika versioner av berättelsen om Pandoras ask. Enligt en av dem förbyttes det goda i asken till ont när den öppnades där den inte hörde hemma. Många av de idéer som flyttats från privat näringsliv till hälso- och sjukvården i denna sagas Pandoras ask kan komma att få samma slut – goda avsikter omvandlas till negativa konsekvenser, när idéer används där de inte hör hemma.

APPENDIX

Intervjupersoner

En sjukvårdsekonom	april'94
UL/Spindeln i nätet	6/5'94
IHE	11/5'94*
UL/Chefsöverläkare	30/5'94
UL/Projektsekr	31/5'94*
Spri pers 1	10/6'94*
UL/Chefsöverläkare 1	13/6'94
Sjukvårdskonsult 1	juni'94
IHE	23/6'94
UL/Chefsöverläkare 2	30/6'94
UL/Chefsöverläkare 3	30/6'94
Spri pers 1	23/8'94
SoS/specialkunnig	24/8'94*
UL/Adm ansv 1	14/9'94
UL/Avdsköterska	25/11'94*
UL/Projektsekr	okt.'94
UL/Projektl ackred	22/9'94*
Sahlgrenska pers 1	21/2'95
UL/Sjukvårdskonsult 2	nov'96

Förförande idéer

UL/Adm ansv 2	15/11'96
UL/Fys lab pers 1 och	22/12'96'97
SWEDAC pers 1	11/12'96*
Spri pers 2	11/12'96
Landstingsförbundet	11/12'96
SoS/Specialkunnig	12/12'96
SoS/överdirektör	12/12'96
UL/Spindeln i nätet	18/4'97
UL/Adm ansv 3	14/5'97
SWEDAC pers 2	12/11'97
UL/Projektl ackred	26/11'97

(UL= Univeritetssjukhuset i Lund)

* Personer som kontaktats ytterligare via telefonsamtal och/eller mer infomella samtal.

REFERENSER

- Abbott, A. (1991) "The Order of Professionalization – An Empirical Analysis", *Work and Occupations*, Vol 18, Nr 4, s 355-384.
- Alvesson, M. och Berg, P. O. (1988) *Företagskultur och organisations-symbolism – Utveckling, teoretiska perspektiv och aktuell debatt*, Studentlitteratur, Lund.
- Anell, A. (1990) *Från central planering till lokalt ansvar – Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*, Lund University Press, Lund.
- Anell, A. (1996) "Makten över vården", i Anell, A. och Rosén, P. red, *Valfrihet och jämlikhet i vården*, SNS Förlag, Stockholm.
- Armstrong, P. (1994) "Corporate control in large British companies: the intersection of management accounting and industrial relations in postwar Britain" i Hopwood, A. G. och Miller, P. red, *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge University Press.
- Arvidsson, G. och Jönsson, B. (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm.
- Berger, B., Berger, B. och Kellner, K. (1973) *The Homeless Mind*, Vintage Books, New York.
- Berger, P. och Luckmann, T. (1966/1979) *Kunskapssociologi – Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*, Wahlström och Widstrand, Stockholm.
- Blomgren, M. (1999) "Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas Professionalisering", i Zeuthen Bentzen, E., Borum F., Erlingsdóttir, G. och Sahlin-Andersson, K. red, *När styringsambitioner möder praksis*, Handelshøjskolens Forlag, Danmark.
- Blomqvist, C. (1996) *I marknadens namn – Mångtydiga reformer i svenska kommuner*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Blomqvist, P. (1996) "Valfrihet, konkurrens och offentlig välfärdspolitik: går ekvationen ihop?", i Anell, A. och Rosén, P. red, *Valfrihet och jämlikhet i vården*, SNS Förlag, Stockholm.

- Boden, R. och Froud, J. (1996) "Obeying the Rules: Accounting for Regulatory Compliance Costs in the United Kingdom", *Accounting, Organizations and Society*, Vol 21, Nr 6, s 529-547.
- Borgert, L (1992) *Organiserandet som mode: Perspektiv från hälso- och sjukvården*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Borum, F. och Westenholz, A. (1995) "The Incorporation of Multiple Institutional Models: Organizational Field Multiplicity and the Role of Actors" i Scott, R. W. och Christensen, S. red, *The Institutional Construction Of Organizations*, Sage Publications, USA.
- Bowerman, M. (1994a) "Watching the Watchdogs", *Managerial Audit Journal*, Vol 9, Nr 5, s i-ii.
- Bowerman, M. (1994b) "The National Audit Office and The Audit Comission: Co-Operation in Areas Where Their VFM Responsibilities Interface", *Financial Accountability and Management*, Vol 10, Nr 1, s 47-63.
- Bowerman, M. (1995) "Auditing Performance Indicators: The Role of The Audit Comission in The Citizen's Charter Initiative", *Financial Accountability and Management*, Vol 11, Nr 2, s 171-183.
- Brown, L. A. (1981) *Innovation Diffusion A New Perspective*, Methuen and Co Ltd, New York.
- Brunsson, N. och Jacobsson, B. (1998) "Att följa standarder", i Brunsson, N. och Jacobsson, B. red, *Standardisering*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Brunsson, N. och Olsen, J. P. (1993) *The Reforming Organization*, Routledge, London.
- Burgess, R. G. (1984) *In the Field – An Introduction to Field Research*, Unwin Hyman, London.
- Callon, M. (1986) "Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieu Bay", i Law, J. red, *Power action and belief*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Callon, M. och Latour, B. (1981) "Unscrewing the big Levatiathan: How actors macro-structure reality and how sociologists help them do so", i Knorr-Cetina, K. och Cicourel, A. V. red, *Advances in social theory and methodology*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Cole, R. E. (1989) *Strategies For Learning – Small-Group Activities in American, Japanese, and Swedish Industry*, University of California Press.
- Corvellec, H. (1995) *Stories of Achivements – Narrative Features of Organizational Performance*, Lund University Press.

- Cyert, R. M. och March, J. G. (1963/1992) *A Behavioral Theory of the Firm*, Blackwell, Cambridge.
- Czarniawska, B. (1997) *Narrating the Organization – Dramas of Institutional Identity*, The University of Chicago Press.
- Czarniawska, B. och Joerges, B. (1996) ”Travels of Ideas”, i Czarniawska, B och Sevón, G. red, *Translating Organisational Change*, de Gruyter, Berlin.
- Czarniawska, B. och Sevón, G. (1996) ”Introduction”, i Czarniawska, B. och Sevón, G. red, *Translating Organisational Change*, de Gruyter, Berlin.
- Czarniawska-Joerges, B. (1988) *Reformer och ideologier – Lokala nämnder på väg*, DOXA, Lund.
- Czarniawska-Joerges, B. (1992) *Styrningens paradoxer – scener ur den offentliga verksamheten*, Norstedts Juridikförlag, Stockholm.
- Denzin, N. K. (1978) *The Research Act – A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, McGraw-Hill, New York.
- DiMaggio, P. J. (1983) ”State expansion in organizational fields”, i Hall, R. H. och Quinn, R. E. red, *Organizational theory and public policy*, Sage, Beverley Hills, CA.
- DiMaggio, P. J. (1988) ”Interest and Agency in Institutional Theory”, i Zucker, L. G. red, *Institutional Patterns and Organizations – Culture and Environment*, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Mass.
- DiMaggio, P. J. och Powell, W. W. (1983) ”The Ironcage Revisited – Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields”, *American Sociological Review*, Vol 25, s 147-160.
- DiMaggio, P. J. och Powell, W. W. (1991) ”Introduction”, i Powell, W. W. och DiMaggio, P. J. red, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Donabedian, A. (1966) ”Evaluating the Quality of Medical Care”, *Milbank Quarterly*, Vol 44, s 166-206.
- Donabedian, A. (1988) ”Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means”, *Inquiry*, Vol 25, s 173-192.
- Donabedian, A., Wheeler, J.R.C. och Wyszewianski, L. (1982) ”Quality, Cost, and Health: An Integrative Model”, *Medical Care*, Vol XX, Nr 10, s 975-992.
- Douglas, M. (1986) *How Institutions Think*, Routledge and Kegan Paul, London.

- Ds 1994:22, *Kvalitets- och produktivitetstutvecklingen i sjukvården 1960-1992*, Norstedts Tryckeri, Stockholm.
- Ds Fi 1985:3 ESO, *Produktions- Kostnads- och Produktivitetstutveckling inom Offentligt bedriven Hälso- och Sjukvård 1960-1980*.
- Edgren, L. och Tsakiris, G. (1995) *Organisationsgranskning – utvärdering av försök vid universitetssjukhuset i Lund*, Arbetsdokument.
- Ettarp, L. (1997) *An Overview of International Confirmity Assessment Systems*, SWEDAC DOC 97/10.
- Fernler, K. (1996) *Mångfald eller likriktning – Effekter av en avreglering*, Nerenius och Santéus Förlag, Stockholm.
- Genell, K. (1997) *Transforming management education – A Polish mixture*, Lund University Press.
- Giddens, A. (1990) *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Oxford.
- Granskningsrapport (1995) Universitetssjukhuset i Lund.
- Hannan, M. T. och Freeman, J. (1984) ”Structural Inertia and Organizational Change”, *American Sociological Review*, Vol 49, s 149-165.
- Harrington, J. (1991) *Business Process improvement: the Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity and Competitiveness*, McGraw-Hill, New York.
- Hasselbladh, H. (1994) ”Ekonomiska Styrmodeller inom sjukvården”, i Jacobsson, B. red, *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Nerenius och Santéus Förlag, Stockholm.
- Henning, R. (1998) ”Att övertyga om standarder”, i Brunsson, N. och Jacobsson B. red, *Standardisering*, Nerenius och Santéus Förlag, Stockholm.
- Hildebrandt, R. (1995) ”The Significance of the EC Directives policy for Company Standardization” i Hesser W. red, *From Company Standardization to European Standardization*, Universität der Bundeswehr Hamburg.
- Hodgson, G. M. (1988) *Economics and Institutions – A Manifesto for a Modern Institutional Economics*, Polity Press, Cambridge.
- Hopwood, A. G. (1987) ”The Archeology of Accounting Systems”, *Accounting Organizations and Society*, Vol 12, Nr 3, s 207-234.
- Hopwood, A. G. (1989) ”Accounting and Organisation Change”, *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol 8, Nr 3, s 7-17.

- Häggbom, L. (1993) *Kvalitetssystem för medicinsk teknik – Prövning på tre sjukhus*, Spri, Stockholm, (ISSN 0586-1691).
- Jacobsson, B. (1994a) ”Reformer och Organisatorisk identitet”, i Jacobsson, B. red, *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Jacobsson, B. (1994b) ”Idéer, Praktik och Förnyelse”, i Jacobsson, B. red, *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Jacobsson, B. (1997) *Europa och staten – europeiseringens betydelse för svensk statsförvaltning*, Statens offentliga utredningar 1997:30, Finansdepartementet, Stockholm, (ISBN 91-38-20528-9).
- Jacobsson, B. och Sahlin-Andersson K. (1995) *Skolan och det nya verket*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Jepperson, R. L. (1991) ”Institutions, Institutional Effects and Institutionalism” i Powell, W. och DiMaggio, P. red, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago University Press.
- Jepperson, R. L. och Meyer, J. W. (1991) ”The Public Order and the Construction of Formal Organizations”, i Powell, W. W. och DiMaggio, P. J. red, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Johansson, U. (1998) *Om ansvar*, Lund University Press.
- Juran, J. M. (1989) *Juran on Leadership for Quality: An Executive Handbook*, The Free press, New York.
- Kragh Jespersen, P. (1999) ”New Public Management reformers betydning for den administrative og lægfaglige profession i sygehusorganisationen” i Zeuthen Bentzen, E., Borum F., Erlingsdóttir, G. och Sahlin-Andersson, K. red, *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøjskolens Forlag, Danmark.
- Kvalitetsmanualen ”Kvalitetsguide” (1993) vid Universitetssjukhuset i Lund, Spri och Lunds sjukvårdsdistrikt.
- Kvalitetsmanualen ”Kvalitetshandbok” (1994) Klinisk-Kemiska Laboratoriet vid Universitetssjukhuset i Lund.
- Latour, B. (1986) ”The powers of association” i Law, J. red, *Power, Action and Belief*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Latour, B. (1987) *Science in Action*, Harvard University Press, Cambridge.

- Latour, B. (1993) *On technical Mediation: The Messenger Lectures on the Evolution of Civilization*, Institute of Economic research Working Paper Series, Lund University, (ISSN 1103-3010).
- Laughlin, R. (1996) "Principals and higher principals: accounting for accountability in the caring professions" i Munro, R. och Mouritsen, J. red, *Accountability – Power, Ethos and the Technologies of Managing*, International Thomson Business Press, London.
- Law, J. (1994) *Organizing Modernity*, Blackwell Publishers, UK.
- Lindkvist, L. och Cederholm, L. (1994) "Styrförutsättningar och Kontraktsmöjligheter", i Jacobsson, B. red, *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Lindquist, H. och Persson J. E. (1997) *Kundupplevd kvalitet i tjänsteverksamheter – En analys och kritik av den företagsekonomiska dialogen*, Författarna, Lund.
- March, J. G. och Simon, H. A. (1958/1993) *Organizations*, Blackwell Publishers, USA.
- Melander, P. (1999) "Økonomistyring og organisatorisk skizofreni – om fattige sprog, løse koblinger og onde cirkler" i Zeuthen Bentzen, E., Borum F., Erlingsdóttir, G. och Sahlin-Andersson, K. red, *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøjskolens Forlag, Danmark.
- Meyer, J. W. (1986) "Social environments and organizational accounting", *Accounting, Organization and Society*, Vol 11, s 345-356.
- Meyer, J. W. (1994) "Social Environments and Organizational Accounting" i Scott, R. W. och Meyer, J. W. red, *Institutional Environments and Organizations*, Sage Publications, California.
- Meyer, J. W. (1996) "Otherhood: Promulgation and Transmission of Iseas in the Modern Organizational Environment" i Czarniawska, B. och Sevón, G. red, *Translating Organisational Change*, de Gruyter, Berlin.
- Meyer, J. W. och Rowan, B. (1977) "Institutionalized Organizations – Formal Structure as Myth and Ceremony", *American Journal of Sociology*, Vol 83, No 2, s 340-363.
- Miller, P. och O'Leary, T. (1987) "Accounting and the Construction of the Governable Person" *Accounting, Organizations and Society*, Vol 12, No 3, s 235-265.
- Miller, P. och O'Leary, T. (1994) "Governing the calculable person" i Hopwood, A. G. och Miller, P. red, *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge University Press.

- Montgomery, K. och Oliver, C. (1996) "Responses by Professional Organizations to Multiple and Ambiguous Institutional Environments: The case of AIDS", *Organization Studies*, Vol 17, No 4, s 649-671.
- Mouritsen, J. (1997) *Tællelighedens regime – Synlighed, ansvarlighed og økonomistyrning gennem mål og rammer i stadslige institutioner*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Näslund, D. (1996) *On performance Measurement Systems – Design and Development*, Institute of Technology, Lund University.
- Oliver, C. (1991) "Strategic Responses to Institutional Processes", *Academy of Management Review*, Vol 16, No 1, s 145-179.
- Ouchi, W. G. (1979) "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms", *Management Science*, Vol 25, Nr 9, s 833-848.
- Paulsson, G. (1993) *Accounting Systems in Transition – A Case Study in the Swedish Health Care Organization*, Lund University Press.
- Pollitt, C. (1990) "Doing Business in The Temple? Managers And Quality Assurance in The Public Services", *Public Administration*, Vol 68, s 435-452.
- Pollitt, C. (1993) "The Struggle For Quality: the case of the National Health Service", *Policy and Politics*, Vol 21, Nr 3, s 161-170.
- Power, M. (1997) *The Audit Society – Rituals of Verification*, Oxford University Press.
- Ramberg, U. (1997) *Utformning och användning av kommunala verksamhetsmått*, Lund University Press.
- Roberts, J. (1991) "The Possibilities of Accountability", *Accounting, Organizations and Society*, Vol 16, Nr 4, s 355-368.
- Rombach, B. (1994) "Bilder från en kommun i stormens öga", i Jacobsson, B. red, *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Rombach, B. (1995) "Utvärderandets baksida", i Rombach, B. och Sahlin-Andersson, K. red, *Från sanningssökande till styrmedel*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Rombach, B. och Sahlin-Andersson, K. (1995) "På tal om utvärdering", i Rombach, B. och Sahlin-Andersson, K. red, *Från sanningssökande till styrmedel*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Roos, P. A. (1992) "Professions" i Borgata, E. F. och Borgata, M. L. red, *Encyclopedia of Sociology*, Mcmillan Publishing, New York.
- Rose, N. (1991) "Governing by Numbers: Figuring Out Democracy", *Accounting, Organizations and Society*, Vol 16, Nr 7, s 673-692.

- Rose, N. och Miller, P. (1992) "Political power beyond the state: problematics of government", *BJS*, Vol 43, No 2, s 173-205.
- RRV 1996:23, *Statens tillsyn över hälso- och sjukvård – en effektivitetsrevision*, CM gruppen AB, Stockholm.
- Røvik, K-A. (1996) "Deinstitutionalization and the Logic of Fashion" i Czarniawska B. och Sevón, G. red, *Translating Organisational Change*, de Gruyter, Berlin.
- Røvik, K-A. (1998) "Translation of popular Management Ideas: Towards a Theory", Paper presenterat vid the Scancor Conference "Samples of the future", Stanford, Cal., 20-22 Sept.
- Sahlin-Andersson, K. (1995) "Utvärderingars styrsignaler", i Rombach, B. och Sahlin-Andersson, K. red, *Från sanningssökande till styrmedel – Moderna utvärderingar i offentlig sektor*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Sahlin-Andersson, K. (1996) "Imitating by Editing Success: The Construction of Organization Field", i Czarniawska B. och Sevón G. red, *Translating Organisational Change*. de Gruyter, Berlin.
- Sahlin-Andersson, K. (1998) "Mötesplatser som standardiserare" i Brunsson, N. och Jacobsson B. red, *Standardisering*, Nerenius och Santérus Förlag, Stockholm.
- Schatzman, L. och Strauss, A. L. (1973) *Field Research – Strategies for a Natural Sociology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Scott, R. W. (1987) "The Adolescence of Institutional Theory", *Administrative Science Quarterly*, Vol 32, s 493-511.
- Scott, R. W. (1995) *Institutions and Organizations*, Sage Publications, California.
- Sevón, G. (1996) "Organizational Imitation in Identity Transformation" i Czarniawska, B. och Sevón, G. red, *Translating Organisational Change*, de Gruyter, Berlin.
- Simon, A. S. (1945/1976) *Administrative Behaviour*, The Free Press, New York.
- SFS 1989: 164.
- SFS 1996: 786.
- SFS 1996: 787.
- Socialstyrelsen 1996-00-116, Stockholm.
- Socialstyrelsens regionala nyheter, 1991.
- SOSFS 1996:24 (M) Föreskrifter och allmänna råd, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Spri informerar (1992) nr 4-5, Spri, Stockholm.

- Spri rapport 230, (1987) *Kvalitetssäkring – Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet*, Spri, Stockholm.
- Spri rapport 287, (1990) *Kvalitetssäkring i svensk sjukvård – förslag till nationell strategi*, Spri, Stockholm.
- Spri rapport 328 (1992) *Kvalitetssäkringar i sjukvården – Internationella erfarenheter – Kvalitetsrevision, Ackreditering, Kvalitetssäkring*, Spri, Stockholm.
- Spri rapport 414 (1996) *Organisationsgranskning av akutsjukhus – test av King's Fund Organisational Audit i svensk version vid Universitetssjukhuset i Lund*, Spri, Stockholm.
- SS-EN 45001, SIS, Stockholm.
- SS-ISO 8402, 1994.
- STAFS 1994:1.
- Stanton, K. (1995) *Laboratory Accreditation – Origins of a Concept*, NATA, Australien.
- Strannegård, L. (1998) *Green Ideas in Business*, BAS Publisher, Göteborg.
- SWEDAC DOC 91:5.
- SWEDAC DOC 97:11.
- SWEDAC magasinet, 1996:1, SWEDAC, Borås.
- SWEDAC magasinet, 1996:2, SWEDAC, Borås.
- SWEDAC magasinet, 1997:2, SWEDAC, Borås.
- SWEDAC magasinet, 1998:1, SWEDAC, Borås.
- Tamm Hallström, K. (1998) ”Att Organisera Standardisering”, i Brunsson, N. och Jacobsson B. red, *Standardisering*, Nerenius och Santéus Förlag, Stockholm.
- Tolbert, P. S. och Zucker, L. G. (1996) ”The Institutionalization of Institutional Theory”, i Clegg, S. R., Hardy, C. och Nord, W. R. red, *Handbook of Organizational Studies*, SAGE Publications, London.
- Tomlinson, J. (1994) ”The politics of economic measurement: the rise of the ”productivity problem” in the 1940s”, i Hopwood, A. G. och Miller, P. red, *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge University Press.
- Van Maanen, J. (1988) *Tales of the Field – On Writing Ethnography*, The University of Chicago Press.
- Vrangbæk, K. (1999) ”New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser”, i Zeuthen Bentzen, E., Borum F., Erlingsdóttir, G. och Sahlin-Andersson, K. red, *Når*

styringsambitioner møder praksis, Handelshøjskolens Forlag, Danmark.

- Waks, C. (1999) "Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellan professioner" i Zeuthen Bentzen, E., Borum F., Erlingsdóttir, G. och Sahlin-Andersson, K. red, *Når styringsambitioner møder praksis*, Handelshøjskolens Forlag, Danmark.
- Watts, R. L. and Jerold L. Zimmerman (1979) "The Demand for and Supply of Accounting Theories: The Market for Excuses", *The Accounting Review*, Vol LIV, Nr 2, s 273-306.
- Weick, K. (1979/1969) *The Social Psychology of Organizing*, McGraw-Hill, New York.
- Widman, B. (1993) "Vad säger författningarna om kvalitet i vården?", *Svensk Medicin*, nr 38, (ISSN 0284-5342).
- Zucker, L. G. (1977) "The Role of Institutionalization in Cultural Persistence", *American Sociological Review*, Vol 42, s 726-743.
- Zucker, L. G. (1991) "The role of Institutionalization in Cultural Persistence", i Powell, W. W. och DiMaggio, P. J. red, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, The University of Chicago Press.

ENGLISH SUMMARY

The aim of this study was to expand our understanding of the processes of institutionalisation both within and between organisational fields. This was done by tracing an idea – the idea of quality assurance – through the process of institutionalisation in the health care sector.

I have deliberately described quality assurance in terms of an idea to emphasize that my object of study was not one technique, one model or one definition. On the contrary, my intent with this study was to find out how those who have created and used the idea of quality assurance have interpreted it during the process of institutionalisation.

The new institutional theory, which focuses on the relation between organisations and the institutions they are considered to be a part of, forms the basis of the study. According to the new institutional theory, institutions are dimensions that float in and out of organisations in such a way that several organisations form a field from, or rather around, common institutions. Such a field is called an organisation field. The health care sector can be seen as such a field on its own, but also as part of the dominant institution called the public sector, around which several organisation fields are organised.

The public sector in Sweden has been committed to a number of substantial changes during the past two decades, which have been visible not the least within the field of health care. Many of these changes are the result of various reforms and management ideas that have been used within health care as a means of achieving greater efficiency and effectiveness. These ideas are often inspired by problem solving in the private sector, and can be seen as part of a greater trend in the public sector called New Public Management. In this thesis, quality assurance is seen as part of the New Public Management trend.

The theoretical framework is introduced in Chapter Two. One of the fundamental concepts of the institutional perspective is that individuals are formed by the institutions they take part in. Institutions provide a sort of pattern for "normal action" and are often taken for granted in such a way that these actions are not even reflected upon. It is collectively accepted that "this is what you do" in a certain situation. The institution is thus a kind of blueprint for how to conduct habitual actions in the form of routines. These actions are considered to be ruled by the norms, values, laws, traditions or habits of thought that legitimise the institution.

Studies of organisations through the institutional perspective are intended to provide a better understanding of the role that institutions play in organisations and how organisations react to external demands. According to this theory, organisations strive for legitimacy by seeking congruence with the institutions they are dependent on and/or they want to be compared to. Changes in organisational structure and behaviour are thus explained by the institutions in question. At the same time, these powers lead to a certain amount of homogenisation, as organisations within and between fields are influenced by the same institutions.

A standard reaction for an organisation in the public sector is to adapt to such external demands, by internalising them into its structures facing the field. As many of these demands are not really congruent with the actual needs of the organisation it will decouple these structures from the actual action on the shop floor.

New institutional theory is, however, criticised for describing institutionalisation as a qualitative state instead of a process. This leads to a far too simplified description of the institutional process by compressing the time dimension of the process.

The so-called Scandinavian School within new institutional theory has expanded the theoretical perspective firstly, by viewing both stability and change as an institutional norm and secondly, by using such concepts as translation, imitation and editing to provide an extended understanding of the process of institutionalisation. There are, however, very few studies in which these tools have been used and examined.

This study does just this by using the "Idea Model" as an analytical instrument to facilitate the presentation of the data as a journey in both

time and space. The model is based on the concept of translation which, in the sense it is used in the model, does not mean translation word for word but, for instance, that an abstract language can be translated into a concrete one, and that words are translated into action. It also means that it is difficult to control the results of the institutionalisation of an idea.

In order for an idea to travel in an organisation field in time and space, it must to be separated from its institutional surroundings and translated into an object such as a text, a picture or a prototype. Then the object travels through the field and meets a new time/place where it is translated to fit the new time/place (reembedding). Finally, the object is translated into action locally in the new practice and the black box of institution can close itself around the idea again.

In Chapter Three, the different techniques used to collect data are discussed. The study as such is a field observation which combines several different techniques for gathering data. Thus, direct observations were combined with interviews and studies of secondary data. The direct observations were carried out at three different departments at the University Hospital of Lund: the Department of Internal Medicine, the Department of Surgery and the Department of Clinical Chemistry.

During my observations at Department of Clinical Chemistry, I found that another quality assurance model was being used at the laboratory than throughout the rest of the hospital. The laboratory was engaged in accreditation monitored by the accreditation authority SWEDAC. Tracing also this model back to its origins I found that the models originated from and represented two different ideas. I thus ended up having two different processes of institutionalisation to compare. The two ideas are hereafter called the idea of quality assurance and the idea of accreditation – although both ideas naturally can be seen as two types of quality assurance.

The study

In Chapter Four the quality assurance idea is presented. The study maps out how the idea of quality assurance has circled within the health care sector since the mid 1980s. First, different authorities were engaged in

formulating and testing the idea. A national board on the formed and it sought a national solution, i.e. a national quality assurance model. As part of this process the Organisational Audit model was brought in from England and tested at the Lund University Hospital.

According to the hospital management, a quality assurance model was implemented in the entire hospital in 1994. This quality assurance was, however, not that visible in the concrete activities in the organisation on the "shop floor", i. e. on the ward. Several routines and quality control activities were carried out in the ward but none of them could be linked directly to the Lund model. The only time the quality assurance model was mentioned by the personnel was during the same week the audit was carried out at the hospital. The personnel believed that the auditors would turn up, which they did not. The reason for not turning up was afterwards stated to be that the auditors had talked to somebody at the administrative level at the clinic, and had hence not visited the department on this specific audit.

During the past ten years, quality assurance as such has become habitual within the health care sector in Sweden, although the methods and models vary. This variation can be traced to central agencies where everybody seems to agree on the necessity of quality assurance while, at the same time, different authorities promote different models as the optimal one. Thus, the Swedish Federation of County Council has developed a Swedish model similar to the SIQ (Swedish Institute for Quality) model which is called QUL, and has the form of a competition, where only one "winner" gets the distinction for best quality. Spri (The Swedish Institute for health Services Development) on the other hand, monitors the Organisational Audit model as part of their drive for a national strategy of health care quality assurance in Sweden. Furthermore, a change in the "Health and Medical Services Act" in January 1997 has made it compulsory for anyone (organisation or person) responsible for medical care to have a quality assurance plan. However, a national model has still not been launched by the authorities, some tests have been carried out on a certification model for health care in a joint project between the Swedish Board for Technical Accreditation (SWEDAC) and the Swedish National Board of health and Welfare (Socialstyrelsen).

In Chapter five the idea of accreditation is presented. In 1989 a new law was introduced in Sweden. According to this law all laboratories were to be granted the possibility of being accredited by SWEDAC. SWEDAC is connected with an EU collaboration concerning the development of standards, as well as specific interpretation documents, and thus the accreditation model is linked to European norms and standards.

The idea behind the law is the idea of a mutual market with mobile finances and products. This idea is dependent upon a certain homogenisation between the countries that have entered the mutual market. The Clinical Chemical Laboratory at the Sahlgrenska Hospital in Gothenburg was the first medical laboratory in Sweden to use SWEDAC's accreditation model. In Lund, the implementation process was in progress between 1992 and 1994 and was quite visible during the observations at the laboratory. Many routines were changed or created to meet the requirements of the accreditation. The physical facilities were also affected by the accreditation standards.

SWEDAC's field of accreditation and certification has grown continuously during the past five years or so, and SWEDAC is now certifying and accrediting different types of businesses even in "soft" areas that did not submit to such control previously.

Analysing the findings

In Chapter Six the two processes are analysed with help of the idea model. In analysing the findings, pictures of two different institutionalisation processes emerged. The idea of quality assurance is an example of how an idea, by travelling between different field, becomes separated as a norm and an action prescription. It has thus been open to translation and interpretation regarding both aspects. These translations are made by interpreting the idea in terms of "master ideas" concerning effective management and the power of markets. The idea of quality assurance was thus inspired by organisations in the private sector.

This adaptation of ideas from the private sector to the public sector is typical for the New Public Management trend. The trend has thus been

described as an identity crisis in the public sector which leads organisations in the public sector to seek for images amongst those organisations that are considered successful by standards of the private sector. The field as such seems to have accepted the norm that all actions within health care should be monitored by a quality assurance programme but as the authorities have not yet presented a compulsory model for quality assurance in health care the idea continues to be open to translation and interpretation. As the idea can be interpreted in many different ways in different practices over time, it gives rise to a number of different actions in the field in the name of quality assurance. In the hospital, the model studied was decoupled from the routines on the shop floor and created actions at an administrative level instead. I call this isomorphism and plurality.

The idea of accreditation is, on the other hand, an example of institutionalisation between different countries but in similar fields as a consequence of the EU. Such institutionalisation is meant to lead to homogenisation. Normally though, there is considerable room for local adjustment and interpretation in such a process. In the case of the accreditation idea this space is, however, lacking. Quite the contrary, this study reveals how the EN-45000 standard of accreditation is literally copied between countries, authorities and organisations and that it finally leads to homogenisation and standardisation locally where it is used.

One could claim that the accreditation idea transforms the people, organisations and actions that it encounters, rather than the other way around. The accreditation idea has thus been institutionalised as both an idea and as an action prescription. The accreditation idea met and changed the routines on the shop floor in the laboratory. It even changed the laboratory itself. I call this homogenisation and isopraxis. The concept isopraxis is proposed in this study as a way of describing institutionalisation by external demands which are not decoupled but will rather create standardised practises.

The analysis shows, on the one hand, that the institutionalisation of the quality assurance idea has been a "free" process in which different authorities and organisations have been able at different times to interpret the idea in different ways. On the other hand, it reveals the institutionalisation of the accreditation idea as a "controlled" process in

which the idea is literally copied by everyone who touches it. The institutionalisation of the accreditation idea thus shows that there are ideas that can not be decoupled or buffered from the actions on the shop floor.

The two processes are presented in a table below.

	The idea of quality assurance: A "free" process of institutionalisation	The idea of accreditation: A "controlled" process of institutionalisation
Problem solving	Spontaneous	Organised
The idea moves	Between different fields/spheres	Same kind of field/sphere
Norm and action prescription	Are separable	Are moved together
Idea creators	Multiple	EU
Relation between idea – authority	Authority (Socialstyrelsen) participates in creating the idea => it can choose both norm and action prescription	Authority (SWEDAC) is shaped by the idea => it can neither choose norm nor action prescription
Translation through	Interpretation	Copying
Package	Difficult => many different models	Ready => one model/standard
The ideas travel in the field	Many different paths, back and forth between the promoter and the user of the idea	Only one way between the promoter and the user of the idea
Authorities trust in	Regulations and laws	The market
Relationship idea – idea user	Compulsory to adopt the idea No compulsory model	Voluntary use Compulsory model
The model creates: A) In the field B) In the org using the idea	Example: Organisational Audit A) Isomorphism and plurality B) Decoupling between structures and practices, visibility in administration – is buffered from shop floor routines	Accreditation A) Homogenisation and isopraxism B) Visible at the shop floor – changes both facilities and actions (routines)
Institutionalised A) Norm B) Action prescription	A) "That one should use quality assurance within health care" B) Not unanimous	A) "That one should be accredited as a laboratory" B) According to SWEDAC's standard of accreditation
Connects to the following A) Identity B) Master ideas	A) Private sector B) New Public Management – measuring, comparing – business – buying/selling – competition – efficiency and effectiveness	A) Mutual market B) Free mobility of products and service – homogenisation – power of markets – customer information – quality assurance

Tabel 1: The institutionalisation of ideas.

An additional insight is that these processes never really come to an end – they continue in either an interpreting or copying process of translation that can either change or preserve the process as well as the institution. The Swedish National Board of Health and Welfare is thus still seeking a national quality assurance model and SWEDAC is still redefining the areas in which their accreditation and certification can be used.

In Chapter Seven I speculate on the newest quality assurance model that has been tested within health care. The model is a certification of health care routines monitored by SWEDAC and certified by an objective auditor. This model builds largely on SWEDAC's experience from the accreditation of laboratories.

The aim of the model is to create routines for documentation and administration; to make the process more visible and thereby more controllable. It is furthermore intended to enhance efficiency and will include a contract between three partners – the purchaser, the supplier and the customer (patient).

The ingredients in the certification indicate that quality assurance within health care is now interpreted in terms of a new trend. This trend, called the auditing trend (or even the auditing explosion) has two means of control built into it that have hitherto been separate: the customer's right to information about the product in the form of quality assurance, and the authorities' means of controlling public organisations.

Considering that the new model is inspired by the accreditation idea which resulted in isopraxism, one might speculate on the possible consequences of the new certification model – if it becomes reality. These consequences are discussed in terms of the effects the model is expected to have: measurability, visibility and documentation, centralisation of power, the contract and action control.

Finally, it is concluded that using ideas in fields or spheres where they do not belong can constitute quite a risk – good intentions may turn into bad consequences when applied where they do not belong.

Många idéer cirkulerar kontinuerligt inom och mellan olika fält i samhället. En del av dessa idéer blir på modet och betraktas som legitima lösningar på olika slags problem. Bland dessa kan organisationer – såväl offentliga som privata - lätt hitta färdiga paketslösningar till hur de exempelvis skall styra, leda eller budgetera sin verksamhet. Kvalitetssäkring blev en sådan idé på modet inom hälso- och sjukvården i början på 1990-talet.

I den här studien följs två kvalitetssäkringsidéers resor inom hälso- och sjukvården. Några av de frågor som besvaras är varför och var idéerna dök upp. Vilka problem sågs de som lösningar till? Var idéerna beroende av andra idéer och trender? Tolkades idéerna på samma sätt av idébärarna i statliga myndigheter som ute i hälso- och sjukvårdspraktiken? Och vad hände när idéerna mötte de befintliga rutinerna på vårdgolvet?

I studien följs hur idén om kvalitetssäkringar institutionaliserades – från det att den började göra sig gällande i hälso- och sjukvården, tills den blev lagstadgad i slutet på 1990-talet. En diskussion förs kring de problem som uppstår när organisationer inom offentlig förvaltning låter sig ”förföras” av idéer från privat näringsliv. Det finns en risk att vällovlige ambitioner leder till negativa konsekvenser, eftersom idéerna används där de inte hör hemma.

Författare: Guðbjörg Erlingsdóttir

Titel: Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården

ISBN 91-628-3777-X

Företagsekonomiska institutionen

Ekonomihögskolan

Lunds Universitet