



LUNDS UNIVERSITET
Campus Helsingborg

Institutionen för Service Management

Var finns kunden i hälso- och sjukvården?

Av: Jessica Andersson, Sara Eriksson och Martina von Trampe

Handledare:
Jan E. Persson och Ulrika Westrup

C-uppsats
VT 2008

Sammanfattning

Syftet med uppsatsen är att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier. Vi bidrar därmed i denna uppsats med att klargöra vilken syn på patienten som råder inom hälso- och sjukvården idag, om synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion samt hur synen på patienten kan påverka kvaliteten. De frågeställningar som kommer att behandlas i denna uppsats är således följande: *Har synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion? Hur kan synen på patienten påverka kvaliteten i hälso- och sjukvården?* Förbättringsarbetet kring kundorienteringen tar idag sin utgångspunkt i teorier som behandlar industriföretag. Eftersom hälso- och sjukvården skiljer sig från industriföretag genom att utgöras av människonära tjänster undersöks hur ett tjänsteperspektiv på patienten kan påverka kvaliteten. Eftersom kvalitet i andra tjänsteverksamheter grundar sig i kundens förväntningar och slutligen avgörs av det upplevda värdet finner vi det därför intressant att undersöka i vilken utsträckning patienter likt kunder inkluderas i vårdprocessen. För att ta reda på detta har vi studerat lagstiftade och vägledande dokument för hälso- och sjukvården samt rapporter om förbättringsarbeten kring kundorienteringen i Region Skåne. Därtill har en djupintervju med respondenter vid Utvecklingscentrum genomförts. Att hälso- och sjukvården ska arbeta kundorienterat är lagstiftat och ligger till grund för vägledande styrdokument. Det konstateras att det idag inom hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete kring kundorienteringen saknas en diskussion gällande patientens/kundens medproducerande roll i den värdeskapande processen, vilket innebär att kundbegreppet inom hälso- och sjukvården ännu inte är förankrat. I själva verket konstateras att förändringskompetensen kring kundorienteringen är bristfällig vilket innebär en låg utbytesgrad samt en låg verkningsgrad som en förklaring till varför begreppet kund används utan innerbörd. Orsaken kan bland andra vara att den starkt hierarkiska institution som hälso- och sjukvården utgörs av, påverkar förändringsbenägenheten. För att patienten ska få möjlighet att bli kund krävs bland annat att alla berörda parter förstår hur avgörande synen på kunden blir i hälso- och sjukvården. Härav finner vi det viktigt att omdefiniera hälso- och sjukvårdens organisation till ett målstyrt tvärprofessionellt team där patienten/kunden är processägare. Hälso- och sjukvården bör följaktligen ses som ett värdeskapande team där patienten/kunden inkluderas som en medproducerande resurs.

Nyckelord: kund, relationsmarknadsföring, människonära tjänster, värdeskapande process, tvärprofessionella team, processägarskap, kvalitet.

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	4
1.1 PROBLEMBESKRIVNING	4
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	5
1.3 DISPOSITION	5
2 METOD	6
2.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	6
2.1.1 METODKRITIK	9
2.1.1.1 OM DOKUMENTSTUDIERN	10
2.1.1.2 OM INTERVJUN	11
2.1.1.3 OM URVALET AV RESPONDENTER	12
2.1.1.4 VÅR FÖRFÖRSTÅELSE	13
3 TEORETISK BAKGRUND	14
3.1 FRÅN PATIENT TILL KUND	14
3.2 KUNDENS UPPLEVDA VÄRDE	15
3.3 KUNDEN I FÖRBÄTTRINGSARBETET	17
3.4 KUNDEN I TEAMET	19
4 VAR FINNS KUNDEN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN?	21
4.1 FRÅN PATIENT TILL KUND	21
4.2 KUNDEN I FÖRBÄTTRINGSARBETET	23
4.3 KUNDEN SOM UTGÅNGSPUNKT	25
4.4 KUNDENS UPPLEVDA VÄRDE	26
4.5 HIERARKIN – ETT HINDER FÖR KUNDORIENTERING	28
4.6 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SOM TEAMARBETE	30
4.7 KUNDEN I TEAMET	33
4.8 SLUTSATSER	37
5 SUMMERING	39
5.1 SLUTDISKUSSION	40
KÄLLFÖRTECKNING	42
LITTERATUR	42
MUNTLIGA KÄLLOR	44
WEBBDOKUMENT	44
ÖVRIGA KÄLLOR	44

1 Inledning

Den 15 oktober 2007 publicerar Helsingborgs Dagblad en artikel om en alltmer ansträngd situation inom hälso- och sjukvården. Allt fler skåningar köar för att få specialistvård idag trots löftet om kortare vårdköer. Värst är det för dem som behöver träffa en specialist inom ortopedi, handkirurgi eller ögonsjukdomar. Många med remiss får vänta mer än de 90 dagar som vårdgarantin föreskriver. Lösningen menar Åsa Berling, som är strateg inom Region Skåne, ligger i förändrade arbetsmetoder och hårdare prioriteringar (TT 2007). Vårdgarantin innebär att kontakt med vården skall ske första dagen, läkarbesök ska erbjudas inom högst sju dagar och beslutad behandling skall erbjudas inom 90 dagar. Eftersom hälso- och sjukvården idag har svårt att tillhandahålla sina tjänster inom dessa tidsramar ges patienter möjlighet att kräva vård i annat landsting (SKL 2008). Denna ansträngda situation visar på att hälso- och sjukvården är i behov av att förbättra sin organisation för att nå uppsatta mål.

Idag grundar sig förbättringsarbeten kring kundorienteringen i teorier som behandlar industriföretag. Såväl hälso- och sjukvårdslagstiftningen (Rönnerberg 2005, sid. 287) som visioner, bland annat Skånsk Livskraft, säger att man ska arbeta kundorienterat och utgå från individen. Eftersom hälso- och sjukvården skiljer sig från industriföretag genom att utgöras av människonära tjänster är frågan vilken genomslagskraft kundbegreppet fått i och med utgångspunkten i teorier som behandlar industriföretag och hur denna utgångspunkt påverkar kvaliteten?

1.1 Problembeskrivning

Idag utgår förbättringsarbeten kring hälso- och sjukvårdens kundorientering från teorier som behandlar industriföretag, detta trots att hälso- och sjukvården utgörs av människonära tjänster. Härav finner vi det betydelsefullt att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier. Eftersom kvalitet i andra tjänsteverksamheter grundar sig i kundens förväntningar och slutligen avgörs av det upplevda värdet är det dessutom av vikt att undersöka i vilken utsträckning patienter likt kunder inkluderas i vårdprocessen. Således finner vi skäl att ta reda på vilken syn på patienten som idag råder i hälso- och sjukvården, om synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion samt hur synen på patienten kan påverka kvaliteten?

Nordgren (2004, sid. 116) menar just att införandet av kundbegreppet inom hälso- och sjukvården innebär att patienten får en annan roll, varför vi i synnerhet är nyfikna på hur ett kundperspektiv på patienten kan påverka kvaliteten. I förbättringsarbetet kring kundorienteringen betonar Sarv (1997, sid. 55) vikten av att i vårdstrategierna beakta kunskapsintensiva organisationers, såsom hälso- och sjukvårdens, karaktärsdrag. I och med detta är det väsentligt att undersöka hur den starkt hierarkiska institutionen som hälso- och sjukvården utgör påverkar förändringsbenägenheten genom det Nordgren (2004, sid. 7; Foucault 1972, sid. 45- 46, 133) benämner som diskursens makt, vilket definieras som att sätta ramarna för människornas sätt att tänka, tala och handla

1.2 Syfte och frågeställningar

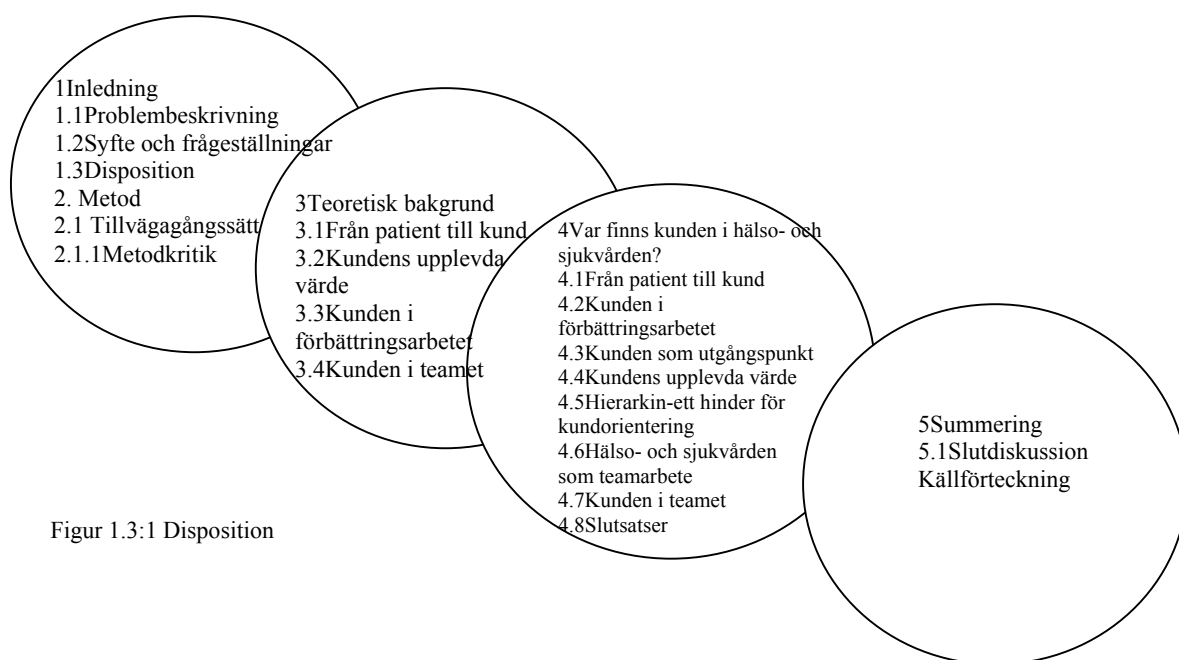
Syftet med uppsatsen är att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier. Eftersom kvalitet i andra tjänsteverksamheter grundar sig i kundens förväntningar och slutligen avgörs av det upplevda värdet finner vi det intressant att undersöka i vilken utsträckning patienter likt kunder inkluderas i vårdprocessen. Vi bidrar således i denna uppsats med att klargöra vilken syn på patienten som råder inom hälso- och sjukvården idag, om synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion samt hur synen på patienten kan påverka kvaliteten. De frågeställningar som kommer att behandlas i denna uppsats är följaktligen: *Har synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion? Hur kan synen på patienten påverka kvaliteten i hälso- och sjukvården?*

Som frågeställningarna antyder är utgångspunkten att det kan finnas en poäng med att låta kundbegreppet få en innerbörd för att omdefiniera patientens roll och tillvarata kundbegreppets hela potential. Patient/kund används i uppsatsen då begreppen idag inom hälso- och sjukvården befinner sig i en gråzon där de används parallellt.

1.3 Disposition

Här följer en beskrivning av uppsatsens upplägg. Hittills har inledning, problembeskrivning, syfte och frågeställningar avhandlats. Detta för att tydliggöra uppsatsens relevans för den aktuella samhällsdebatten. Nedan presenteras metoder och metodkritik för att du som läsare tidigt ska få en uppfattning om uppsatsens validitet, tillförlitlighet och generaliserbarhet. Vidare följer en redogörelse över vilka teorier som

kommer att behandlas för att orientera läsaren inom de aspekter som kommer att beröras. Därefter övergår uppsatsen till analys där syftet är jämföra teori med empiri, vilken genomsyras av resonemang kring hur synen på patienten påverkar hälso- och sjukvårdens kvalitet. Vi låter analysen följa våra tankegångar vilka slutligen leder fram till resonemang kring hur exempelvis ett kundperspektiv på patienten, genom att denne ses som en aktiv medproducent i vårdprocessen, kan effektivisera hälso- och sjukvården. Vidare lyfts slutsatser från analysen fram varefter en summering av uppsatsen redovisas. Avslutningsvis diskuteras uppsatsens resultat, vad resultatet kan innebära och om resultatet även kan vara till nytta i andra vård- och omsorgsverksamheter.



Figur 1.3:1 Disposition

2 Metod

Nedan följer, i kronologisk ordning, en redogörelse för hur arbetet med uppsatsen gått till. Därefter följer reflektioner över metodval samt metodkritik. I genomgången av metodavsnittet använder vi oss av författare som Kvale (1997), Bryman (2004) samt Denscombe (2000).

2.1 Tillvägagångssätt

Inspirationen till valet av uppsatsämne hämtade vi i Nordgrens bok Från patient till kund, intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position (2004), vilken handlar om hur marknadiseringen av hälso- och sjukvården påverkat

patientens position. Efter att ha läst boken ställde vi oss frågan vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier? Tankarna förde oss vidare in på frågor kring i vilken utsträckning patienter idag ses som kunder i hälso- och sjukvården idag?

Vi valde att undersöka ämnet närmare genom dokumentstudier av lagstiftade styrdokument och rapporter som framarbetats av Nutek, verket för näringslivsutveckling, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen samt av Health Care Management. Nuteks vision är att stärka svenskt näringsliv och främja hållbar ekonomisk tillväxt och välstånd i Sverige. Detta genom att bidra till att fler nya företag skapas, fler företag växer och fler starka regioner skapas. Sveriges Kommuner och Landstings uppdrag är att ge kommuner och landsting bättre förutsättningar för lokalt och regionalt självstyre där visionen är att utveckla välfärden. Socialstyrelsen är en statlig myndighet under Socialdepartementet, med en bred verksamhet inom områden som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och epidemiologi. Större delen av verksamheten riktas till personal, ansvariga och beslutsfattare inom nämnda verksamhetsområden. Health Care Management är ett analys- och rådgivningsföretag som arbetar med att identifiera, utveckla och implementera innovationer och lösningar genom att applicera ett patient- och produktionseffektivt perspektiv på vård- och omsorgsverksamheter.

Detta material har vi valt att se som huvudsaklig empiri med syftet att fördjupa oss i uppsatsens ämne eftersom materialet består av samlad kunskap kring förbättringsarbeten inom bland annat kundorientering för hälso- och sjukvården. Dessa dokument gav oss förståelse för och information om pågående förbättringsinsatser kring hälso- och sjukvårdens kundorientering. Bland annat har Patientcenter med tvärprofessionella team prövats och utvärderats, vilket ledde till framgångsrika och resursbesparande resultat i form av snabbare tillfrisknande samt att hälso- och sjukvårdsanställda och patienter var mer nöjda. Efter att ha tagit del av dessa styrdokument fann vi det intressant att kontakta Utvecklingscentrum i Region Skåne. Deras verksamhet inleddes år 2004 och har i uppgift att driva fram förbättringsarbete i regionen och då främst inom hälso- och sjukvården och dess kundorientering. Arbetet grundar sig i visionen Skånsk Livskraft som introducerades år 1999 med syfte att få organisationen att utgå från individen. Förbättringsarbetet kring kundorientering ska leda till ett ökat värde för patienterna. Inledningsvis utgick förbättringsarbetet från ett utifrån- och inperspektiv som senare ledde till insikten att perspektivet var alltför övergripande varpå det ersattes med ett inifrån- och utperspektiv i samband med Utvecklingscentrums verksamhetsstart. Fokus är således numera personalen

och förbättringsarbete genom människorna i organisationen framför att förändra organisationsstrukturen. Eftersom de är mitt uppe i sitt arbete med att utbilda tvärprofessionella team i bland annat kundorientering ville vi höra deras syn kring patientens roll i relation till hälso- och sjukvården idag och i framtiden. Härefter formulerades frågeställningarna: *Har synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion? Hur kan synen på patienten påverka kvaliteten i hälso- och sjukvården?*

Tid för intervju bokades till den 15 april med två representanter för Utvecklingscentrum där alla gruppmedlemmar närvarade. Innan intervjun hade mailkontakt upprättats med Utvecklingscentrum där respondenterna givit sitt medgivande till att vi alla deltog samt till att intervjun bandades. Det delgavs även information om uppsatsens omfattning. Intervjun kompletterades den 17 april för att ge oss en möjlighet att kontrollera vår tolkning av svaren. Vid intervjun tilldelades vi även rapporter kring utförda och pågående förbättringsprojekt inom hälso- och sjukvården. Dessa rapporter gav oss en djupare förståelse för vilken utgångspunkt Utvecklingscentrum har i sitt förbättringsarbete.

Denscombe (2000, sid. 11) skriver om vikten av att som forskare ställa sig frågan om forskningen är av relevans i förhållande till aktuella samhällsfrågor samt om den kommer att bygga på existerande kunskap om ämnet. För att ta reda på om så var fallet tog vi kontakt med Lars Nordgren och tid för en diskussion bokades till den 29 april. Efter diskussionen med Nordgren fann vi ett ökat forskningsvärde i att undersöka patientens/kundens roll utifrån den värdeskapande processen snarare än den ekonomiska aspekten, som idag annars dominerar diskussionen kring kundbegreppet inom hälso- och sjukvården.

För att uppfylla syftet att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom hälso- och sjukvården samt att undersöka hur synen på patienten kan påverka kvaliteten fortsatte arbetet härefter med att söka efter relevanta teorier inom ämnet. Eftersom hälso- och sjukvården utgörs av människonära tjänster fann vi det särskilt intressant att undersöka vilka konsekvenser ett kundperspektiv på patienten kan ha på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Därav fann vi det relevant att inhämta kunskap från författare som har sin bakgrund i tjänsteforskningen. Bland annat har vi läst Storbacka och Lehtinens bok CRM, Customer Relationship Management vilken handlar om hur kundvärde skapas i relationen mellan leverantör och kund. Därtill har vi använt Christian Grönroos bok Service Management och marknadsföring, en CRM ansats (2004), och Normanns böcker Service

Management, ledning och strategi i tjänsteproduktionen (2000) samt När kartan förändrade affärslandskapet (2001). Båda författarna problematiserar tjänsteproduktioners karaktärsdrag och förutsättningarna för ledning av serviceföretag.

För att hämta kunskap kring alternativa organisationsformer tar vi hjälp av antologin Arbetsgrupper, från gränslösa team till slutna rum (2007). I samma syfte har vi fördjupat oss i Lind och Skärvads bok Nya team i organisationernas värld. För att få förståelse för kunskapsintensiva organisationers karaktärsdrag, såsom hälso- och sjukvården, har vi fördjupat oss i Sarvs (1991, 1997) forskning om förbättringsarbeten i organisationer med utgångspunkt i systemiskt lärande.

Således består empirin av dels dokumentstudier av vägledande styrdokument och rapporter inom hälso- och sjukvården samt djupintervju. Teorin används normaliserande för att möjliggöra en analys av materialet.

Arbetsprocessen fortsatte sedan med bearbetning av det insamlade intervjumaterialet och de vägledande dokumenten. Med hjälp av ad-hocmetoden kunde vi genom hela arbetsprocessen vara öppna för vad de olika teorierna kunde bidra med i utvecklandet av värdeskapande i hälso- och sjukvården. Utifrån detta helhetsperspektiv gjordes sedan jämförelsen mellan insamlad empiri och teori. Vi har valt att låta våra argument ingå i analysdelen för att läsaren tydligt skall se vilka teorier respektive empiriskt material som argumenten utgår ifrån.

2.1.1 Metodkritik

Nedan följer en diskussion kring uppsatsens validitet och tillförlitlighet utifrån de dokumentstudier som genomförts samt utifrån det urval av respondenter som gjorts och arbetsprocessen med intervjun i övrigt.

Då uppsatsens syfte går ut på att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier, ansågs metoderna dokumentstudier kring bland annat hälso- och sjukvårdens kundorientering samt intervju med aktiva inom området relevanta för att erhålla detaljerade beskrivningar samt en bakgrund till förbättringsarbetet. Att intervjua eller via enkäter fråga patienter/kunder om kundbegreppets genomslagskraft inom hälso- och sjukvården ansåg vi inte vara relevant då vi tror att patienterna/kunderna idag inte är insatta i ämnet. Således hade svaren inte varit valida.

2.1.1.1 Om dokumentstudierna

Dokumentstudierna utgörs, som vi tidigare nämnt, av rapporter och lagstiftade samt vägledande styrdokument. Dessa rapporter och styrdokument kan ses som samlad kunskap kring förbättringsarbetet av hälso- och sjukvårdens kundorientering och framtagna av såväl Nutek, verket för näringslivsutveckling, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Health Care Management. Dessa har givit oss en djup förståelse för och information om hälso- och sjukvårdens organisation samt insikt i vårdstrategierna kring organisationens kundorientering. Eftersom dokumentens utredningar behandlar hälso- och sjukvården som helhet tror vi att samtliga vård- och omsorgsverksamheter i Sverige kan dra nytta av uppsatsens resultat. Bland de rapporter och styrdokument som studerats kan nämnas Framtidens näringsliv. Prognoser, visioner och förhoppningar. Vad händer om experterna spår rätt? (B 2007:3), Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential. Nya trender mot patientfokus och produktivitet (R 2007:13), Framtidens näringsliv: Vård och omsorg, en framtidsbransch (Nutek 2007), Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer (R 2008:01), av Sveriges Kommuner och Landsting: Strategier för effektivisering. Från ekonomistyrning till kunskapsstyrning, ett arbetsmaterial (SKL 2007), av Socialstyrelsen: God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOS 2007) samt av Health Care Management: Patienten som en resurs (Norén 2005).

Fördelar med dokumentstudier menar Bryman (2001, sid. 357) är att empirin som sådan inte påverkas av forskarens värderingar eller uppfattningar; dokumenten är av så kallat icke-reaktivt slag. Följden blir att påverkans effekter nästan helt kan bortses ifrån vilket således har en positiv inverkan på uppsatsens empiriska validitet. I bedömningen av dokumentens validitet nämns fyra kriterier att ta hänsyn till; om materialet är äkta, om materialet är trovärdigt, om materialet är representativt för den kategori det tillhör samt om materialet är meningsfullt (ibid.). Vi bedömer att materialet uppfyller dessa kriterier genom att dokumenten inte skapats med forsknings syfte, att de är officiella och tillgängliga för granskning samt att de framtagits med syftet att Sveriges hälso- och sjukvård ska uppnå lagstiftade mål.

Beträffande validiteten i dokumenten från Region Skåne betonar Bryman (2001, sid. 363) vikten av att uppmärksamma den ståndpunkt som skribenterna i dokumenten velat förmedla. Dokumenten måste därför ifrågasättas och jämföras med andra informationskällor (Bryman 2001, sid. 364). Eftersom dessa dokument dels ställts mot den

information som djupintervjun gav samt ställts mot den empiri som de övriga officiella styrdokumenterna utgör har detta beaktats genom att vi har försökt att förhålla oss kritiskt granskande och jämförande.

2.1.1.2 Om intervjun

I intervjuens planering utgick vi från Kvales (1997, sid. 85) sju intervjuundersökningsstadier. I utformningen av intervjuguiden togs hänsyn till att i möjligaste mån försöka minska vår inverkan på svaren varför mycket tid lades på att noga bearbeta frågorna så att de inte var av ledande art, vilket Kvale (1997, sid. 65) menar är av största vikt för uppsatsens tillförlitlighet.

Bryman (2004, sid. 307) nämner vikten av att väcka respondenternas vilja och intresse för att delta. Därför beaktades de etiska ställningstaganden som Kvale (1997, sid. 105) framhäver; att respondenterna fick ge sitt samtycke till att delta i uppsatsen samt till att materialet bandades. Därtill informerades om uppsatsens omfattning, dess generella syfte samt att vi alla tre gruppmedlemmar skulle delta vid intervjun. För att uppmuntra respondenterna till att ge rika beskrivande svar beslutades att låta första intervjufrågan vara vad Kvale (1997, sid. 124) kallar en inledande fråga: Kan ni berätta lite om Utvecklingscentrums arbete? Därtill valdes att ställa sonderande frågor såsom: Kan du säga något mer om det? Detta för att få möjlighet till mer detaljerade beskrivningar av svaren. Intervjun avslutades med frågan: Vi har inga fler frågor, har ni något mer att ta upp eller fråga om innan vi avslutar intervjun? Detta för markera att intervjun närmade sig sitt slut och ge respondenterna möjlighet att tillägga sådant som de ansett var av vikt och men inte framkommit under intervjun.

Uppsatsens intervju var således av kvalitativ art och samtidigt halvstrukturerad (Kvale 1997, sid. 13). Fördelar med den kvalitativa metoden är att den kan ge detaljerade beskrivningar av forskningsfältet (Kvale 1997, sid. 117). Genom att intervjun var halvstrukturerad tilläts respondenterna att vara öppna kring temat och styra intervjuens gång. Detta samt att även vi var induktiva inför forskningsfältet bidrog till att vi tidigt in i intervjun förstod att vi och respondenterna hade olika utgångspunkter i kundbegreppets innerbörd. Det medförde samtidigt att vi kunde undvika att vår förförståelse påverkade intervjusituationen i lika stor utsträckning som om vi helt delat respondenternas tankar.

Eftersom intervjun bandades kunde vi koncentrera oss på intervjusituationen utan att förlora viktig information och vi kunde diskutera igenom resultatet i efterhand. Därtill tog vi möjligheten att ställa kompletterande frågor via mail till respondenterna vid Utvecklingscentrum för att förtydliga och undvika missförstånd.

2.1.1.3 Om urvalet av respondenter

Såväl Bryman (2004, sid. 312) som Kvale (1997, sid. 213) framhåller vikten av att presentera ett motiverat urval i en intervjuanalys. Eftersom Utvecklingscentrum i Region Skånes arbete bland annat utgörs av förbättringar av hälso- och sjukvårdens kundorientering fick vi en god bakgrund till förändringsprocessen idag. Med hänsyn till att respondenterna var av den befattning att de måste anses vara kunniga på området och gav oss relevant information utifrån uppsatsens syfte bör validiteten i informationen anses vara god.

Vi är dock även medvetna om det Kvale (1997, sid. 261, sid. 213) skriver om respondenternas subjektivitet; att det ligger i deras intresse att presentera en positiv bild av sitt arbete. Eftersom intervjusvaren kan ha påverkats av en viss subjektivitet har detta beaktats genom att vi försökt att förhålla oss kritiska och reflekterande.

Vad beträffar uppsatsens generaliserbarhet skriver Kvale (1997, sid. 212) om överensstämmelsen mellan forskningsfallet och det vidare skeendet i samhället. Nackdelar med kvalitativ forskning menar Denscombe (2000, sid. 260) i detta är att djupstudier kan vara mindre representativa och således kan komma att påverka resultatets generaliserbarhet, vilket läsaren bör beakta. Här skall påpekas att uppsatsens applicerbarhet begränsas av valet att endast studera Region Skånes förbättringsarbete kring kundorientering. Syftet med fallstudien har, likt Kvale (1997, sid. 94) menar, varit att utveckla kunskap om något specifikt. Denscombe (2000, sid. 41) berättar om fördelarna med just fallstudier och skriver att de möjliggör att man kan gå på djupet för att reda ut komplexiteten i en given situation. Fallstudien ger oss en möjlighet att förklara varför vissa resultat uppstått mer än att bara ta reda på vilka resultaten är, vilket även Denscombe (2000, sid. 42) skriver. Bryman (2001, sid. 370) benämner avgränsningen som hermeneutik vilket innebär att vissa aspekter inkluderas medan andra exkluderas, vilket i sin tur styr uppsatsens vinkling. För att öka studiens generaliserbarhet hade det därför varit

fördelaktigt att jämföra intervjuvaren mellan olika landstings förbättringsarbeten kring kundorientering.

2.1.1.4 Vår förförståelse

Denscombe (2000, sid. 261) skriver om vikten av att beakta forskarens bakgrund och övertygelser i analysen av datan. Som tidigare nämnts är utgångspunkten att det kan finnas en poäng med att låta kundbegreppet få en innerbörd för att omdefiniera patientens roll och tillvarata kundbegreppets hela potential. Läsaren bör därmed beakta uppsatsens begränsning i att dessa ställningstaganden leder till att andra aspekter och perspektiv på patienten som också kan tänkas påverka kvaliteten i hälso- och sjukvården inte behandlas här. Detta begränsar följaktligen även generaliserbarheten i uppsatsens resultat.

Genom att intervjuerna var halvstrukturerade tilläts respondenterna att vara öppna kring temat. Detta var av vikt eftersom vi i arbetsprocessens inledande skede insåg att forskningsfältet, såväl i studerade dokument och rapporter, som genom intervjun med respondenterna vid Utvecklingscentrum visade sig ha andra utgångspunkter än de vi har gällande kundbegreppet. Därför var det av angeläget för validiteten i uppsatsens resultat att försöka undvika att vår utgångspunkt i tjänsteforskningen påverkade resultatet. Därav försökte vi att insamla en bred empirisk bas om forskningsfältet i form av såväl en djupintervju, en kompletterande intervju, en öppen diskussion med Nordgren, studier av rapporter kring avslutade och pågående förbättringsarbeten kring kundorientering inom hälso- och sjukvården, som av dokumentstudier om lagstiftade vägledande styrdokument för hälso- och sjukvården. Även i detta bör läsaren dock beakta det Kvale (1997, sid. 65) skriver om svårigheterna i att fullt ut vara objektiv, vilket innebär att det är omöjligt att helt utesluta att våra personliga fördomar inte påverkat resultatet.



Figur 3:1 Disposition

3 Teoretisk bakgrund

Nu övergår uppsatsen till redovisning av valda teorier och begrepp. Utöver Nordgren (2004) och Grönroos (2004) har vi använt oss av författare som Normann (2000, 2001), Persson och Westrup (2005, 2006), Rentzhog (1997), Sarv (1991, 1997), Lind och Skärvad (2004), Thylefors och Krantz (2007) samt av Storbacka och Lehtinen (2005).

3.1 Från patient till kund

Uppsatsen, som tidigare nämnts, tar sin utgångspunkt i Nordgrens bok *Från patient till kund*, intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position (2004). Detta finner vi intressant eftersom Grönroos, i sin bok *Service Management och marknadsföring, en CRM ansats* (2004) skriver om att kunderna på allt fler marknader blir mer sofistikerade, bättre informerade och mer krävande. Nordgren (2007, sid. 47) redogör för hur även välfärdssystemet marknadiserats med syftet att öka effektiviteten och resursfördelningen utifrån patienternas efterfrågan som medfört att kundbegreppet även inom hälso- och sjukvården har introducerats. I den senare tjänsteforskningen betonas just att kunden även bör ses som en av flera aktörer som samverkar i en värdeskapande process där processen är en kedja av aktiviteter som skapar värde för kunden (Nordgren 2004, sid. 114-115, Rentzhog 1998, sid. 30). Lind och Skärvad skriver i sin bok *Nya team i organisationernas värld* (2004) om att trenden går från att se en kund i varje individ till att se en individ i varje kund.

Hur synen på patienter/kunder skapas har att göra med diskursens makt. Diskurs definieras som utgångspunkten till individers sätt att tänka, tala och handla (Nordgren 2004, sid. 7; Foucault 1972, sid. 45- 46, 133). Det är således språket som styr människors tankar och handlingar i vardagen (Nordgren 2005, sid. 83). Om att ifrågasätta de antaganden som står till grund för vår verklighetsuppfattning skriver Normann (2001, sid. 219) och benämner detta som *double loop learning*. Detta innebär att ifrågasätta det som har blivit institutionaliserat i det sociala systemets språk och strukturer.

Nordgren (2004, sid. 7) skriver om de olika positioner som en enskild medborgare idag intar i relation till sjukvården. Exempelvis nämns juridisk position som innebär att medborgaren innehar civila patienträttigheter. Därtill berörs ekonomisk position som innebär att medborgaren som kund förfogar över en ekonomisk makt genom sina vårdval. Dock menar Nordgren (2004, sid. 115) att det värdeskapande som upplevs och skapas i olika relationer mellan patient/kund och vårdproducent är ett relativt ostuderat område. Till lika betonar Sarv (1997, sid. 75, 183) att utöver ekonomiska styrmedel bör varje insats värderas utifrån patientnyttan, varför vi vill utvidga diskussionen kring detta. Grönroos (2004, sid. 36) poängterar just vikten av att inom tjänsteproduktion beakta det faktum att värde inte finns till förrän kunden kan utnyttja tjänsten på ett sätt som har betydelse för dennes värdeskapande process.

En förutsättning för att kundbegreppet skall realiseras är att såväl kund som vårdproducent är införstådda med vad det innebär att vara kund (Grönroos 2004, sid. 128). Kunderna bör få hjälp att förstå sin roll i tjänsteprocessen så att de själva kan påverka processen positivt (ibid.). Kunderna måste utbildas och informeras på ett sådant sätt att deras medproducerande roll i tjänsteprocessen bidrar till positiv kundinitierad kvalitet och produktivitet liksom samspelsinitierad kvalitet och produktivitet (Grönroos 2004, sid. 235). Det handlar om att förbättra kundernas förmåga att delta. Även Storbacka och Lehtinen (2005, sid. 34, 49) betonar vikten av att alla som ingår i den värdeskapande processen har kunskap om och är medvetna om sin roll och dess innerbörd. Detta för att fullt ut dra nytta av relationen och hela dess potential. Ibland vet inte kunderna vad de ska säga eller hur de ska göra. Kunder som är bättre informerade känner sig tryggare och behöver inte bli en onödig kostnad i form av återbesök (Grönroos 2004, sid. 245). Detta resonemang styrks även av det Nordgren (2005, sid. 86) skriver om att sjukvårdens möte med patienten bör bygga på interaktion och samproduktion. Resonemangen medför att läkarrollen kan beskrivas som att hjälpa patienten/kunden att medverka i beslutsfattandet och att fatta egna beslut (Nordgren 2004, sid. 74).

3.2 Kundens upplevda värde

Förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården tar idag lärdomar av forskning kring det systemiska tänkandet, hämtat från familjeterapin, där en diskussion kring individen som en systemaktör förs (Hallmer et al. 2007, sid. 1). Det systemiska tänkandet innebär att dels se till individens förmåga att påverka system, dels systemets inverkan på individen (Region

Skåne 2007, sid. 8). För att få en bakgrund till teorierna kring systemiskt tänkande används Sarvs (1991, 1997) forskning kring förbättringsarbete.

I och med att det värdeskapande som upplevs och skapas i olika relationer mellan patient/kund och vårdproducent enligt Nordgren (2004, sid. 115) är ett relativt ostuderat område är det intressant att öka kunskapen om vad teorier kring relationsmarknadsföring säger gällande detta. Ett tjänsteperspektiv menar Grönroos (2004, sid. 16) kan hjälpa organisationer att skapa värde för kunden eftersom detta handlar om hur resurser mobiliseras för att möjliggöra genomförandet av interaktiva värdeskapande processer. Vidare skriver Gummesson (2002, sid. 89) att mötet patient/kund och vårdproducent just kan liknas vid ett servicemöte eftersom mötet handlar om en interaktion och samproduktion. I likhet skriver Grönroos (2004, sid. 35) att det relationsinriktade perspektivet på att skapa kundvärde innebär att samverka för att främja gemensamt värdeskapande för kunden. Värdet skapas således i relationen mellan kund och leverantör (Grönroos 2004, sid. 37). Enligt senare tjänsteforskning kan tillfredsställelse inte nås utan en god dialog som formar relationen mellan patienten/kunden och vårdproducenten (Nordgren 2004, sid. 115; Lindqvist & Persson 1997, sid. 111).

Ett väsentligt krav för relationsmarknadsföringens strategi är att tjänsteföretaget lär känna kundernas långsiktiga behov och önskemål (Grönroos 2004, sid. 39). Eftersom den kvalitet som kunden upplever bestämmer resultatet bör hänsyn tas till kundens förväntningar (Nordgren 2007, sid. 5). Att hälso- och sjukvården utgörs av människonära tjänster medför att emotionella aspekter påverkar den värdeskapande processens utfall. Därav är det viktigt att organisationen utgår från individens processer och beaktar patientens/kundens känslor och kunskap (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 33, 39-40). Dialogen kan medföra att kunden känner tillit i relationen till hälso- och sjukvården. På detta sätt uppnås engagemang (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 43). Det går sålunda inte att bortse från att patienten/kunden är en av de aktörer som samverkar i den värdeskapande processen (Nordgren 2007, sid. 6), något som även Czepiel et al. (1986, sid. 3) påpekar då de säger att kunden inte kan separeras från produktionen eftersom tjänster produceras och konsumeras samtidigt. Även Persson och Westrup framhäver i sin artikel *Delivering High Touch Services. Management System Support in Service Organisations* (2006) att människonära tjänster som sjukvården kännetecknas av att patienten/kunden såväl är råmaterialet som produkten. Genom att omdefiniera produkten ges förutsättningar till att en kundrelation utvecklas (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 33). En risk med att exkludera

kunden ur organisationsschemat är att frågor formuleras utifrån frågeställarnas perspektiv snarare än utifrån patienternas. Man ska lyssna till kunden och inte till sin egen bild av kunden (Sarv 1997, sid. 71). Normann (2001, sid. 123) kallar detta synsätt på kunden för frigörelseperspektivet som innebär standardisering där kunder ses som passiva mottagare i slutet av värdekedjan där tjänster syftar till att främst befria kunderna från deras problem. Persson och Westrup (2005, sid. 107) menar att människonära tjänster innebär unika möten där förväntningar tenderar att likställas med löften. Därför är det viktigt att inom hälso- och sjukvården ta reda på vad som faktiskt förväntas (ibid.). Normann (2001, sid. 123) beskriver det underlättande perspektivet som innebär att lära patienten/kunden identifiera sina förväntningar för att kunna vara delaktig i den värdeskapande processen. Vidare skriver Normann (2001, sid. 124) att hälso- och sjukvården bör stödja patienten/kunden i dennes värdeskapande process snarare än att ha som uppgift att bota sjukdomar. Arbetet måste således bedömas med utgångspunkt från det värde kunden upplever (Lind & Skärvad 2004, sid. 35).

3.3 Kunden i förbättringsarbetet

Sarv (1991, sid. 18) skriver om att det finns en inre effektivitet i förbättringsarbetet och det handlar om hur bra det går med det vi förutsätter oss att ändra. Detta kallas förändringsarbetets verkningsgrad. Verkningsgraden är den verkliga förändringen relaterad till den avsedda. Vidare skriver han att organisationsstrukturen skapar förutsättningar för förändringsarbete (ibid.). Hälso- och sjukvården är en hierarkisk och stuprörsindeld organisation, en struktur som resulterat i att helhetsperspektivet kring patientens/kundens behov delvis gått förlorat (Nutek 2007, sid. 2). Kritik mot hierarkiska strukturer handlar bland annat om att de anses vara långsamma då medarbetarna saknar en helhetssyn (Lind & Skärvad 2004, sid. 50).

Förändringsarbetet bör utgå från alla aktörers insatser oberoende av var man finns i organisationsschemat (Sarv 1997, sid. 55). Om en organisation är funktionellt uppdelad blir det svårt att uppnå en tydlig fokusering på kundorienterade förbättringar, något som Rentzhog upplyser om i boken *Processorientering, en grund för morgondagens organisationer* (1998). Frågan är hur den hierarkiska institutionen, som hälso- och sjukvården idag är uppbyggd av och de förutsättningar detta medför, påverkar det pågående förbättringsarbetet kring kundorienteringen. Denna fråga har sitt ursprung i det Normann (2001, sid. 116) skriver att ifall kunden ges en aktivare roll suddas gränserna

mellan kund och tjänsteleverantör ut vilket inverkar på förbättringsarbetets utfall. Därav är det intressant att analysera hälso- och sjukvårdens hierarkiska struktur och hur den kan komma att påverka förändringsbenägenheten. Ax et al. skriver i boken Den nya ekonomistyrningen (2005) att oftast ses företag ur ett vertikalt perspektiv. Detta innebär att företagets funktioner och avdelningar ställs i fokus vilket påverkar kundens position då denna endast blir en ekonomisk aspekt (Ax et al. 2005, sid. 641). De menar vidare att det är svårt att inkludera patienten/kunden genom att låta denna tränga in i organisationens enheter. Istället utvecklas ofta en specialistkultur kring enskilda funktioner (ibid.). Normann (2000, sid. 43) skriver om att den ökade informationsmängden som idag präglar vårt samhälle bidragit till att patienterna/kunderna har mer kunskap vilket fått som följd att det uppstått en rollförskjutning mellan kund, här patienten, och leverantören, här vårdproducenten. Traditionella producent-konsumentrelationer har till följd av tjänsteekonomins framväxt inneburit att relationerna mer och mer ersatts av integrerade värdeskapande relationer (Normann 2000, sid. 47). Här skriver Normann (2001, sid. 117) om det Värdeskapande systemet där det handlar om att se till helheten, alla ingående delar och inte till de enskilda objekten i systemet. Förutsättningen för detta värdeskapande helhetsperspektiv är det Westrup och Persson (2007:3, sid. 57) beskriver som gränsöverskridande arbete vilket kräver att vårdproducenterna håller tillbaka sitt behov av prestige, kontroll och makt. Normann (2000, sid. 43) betonar därav vikten av att alla involverade bör vara medvetna om de roller de spelar i denna värdeskapande process. Normann (2000, sid. 33) upplyser samtidigt om att medicinska tjänster tillhandahålls patienten/kunden men att den beslätade kunskapen och färdigheten tenderar att hållas kvar inom det system som står för tjänsten. Det finns här ett misslyckande i att inte överföra kunskap till patienterna/kunderna och stimulera deras förmåga till egenvård, vilket orsakat såväl kostnads- som kvalitetsproblem inom hälso- och sjukvårdssystemet. Genom dialog mellan patienten/kunden och vårdproducenten skapas en läroprocess där patienten/kunden identifierar sina behov och förväntningar. Om denna kunskap inte beaktas går den förlorad för organisationen. Endast genom kostsamma marknadsundersökningar kan den delvis återfås (Sarv 1997, sid. 73). Normann (2000, sid. 48) menar att det finns en utmaning i att hitta nyanserade kombinationer av avlastande och möjliggörande element, såsom egen- eller hemvård, i kundrelationerna för ett maximalt resursutnyttjande.

Sarv (1991, sid. 18) skriver om förändringskompetens vilken inte bara avgör hur vi klarar av det vi föresätter oss, den påverkar också vilka förändringar vi tar oss an samt vilka förändringar vi tror är möjliga vilket kallas förändringsarbetets utbytesgrad. Otillräcklig förändringskompetens leder alltså både till lägre utbytesgrad och låg verkningsgrad eftersom vi drar oss för nydaningar som vi vet behövs men som vi inte ser någon väg att åstadkomma samt därför att det vi ändå drar igång inte får de resultat som skulle vara möjliga (Sarv 1991, sid. 19). Sarv (1991, sid. 26) menar att syftet med förbättringsprocesser är att få oss att tänka annorlunda, arbeta annorlunda och att använda systemen annorlunda för att åstadkomma en helhetsförändring.

Sarv (1997, sid. 74) betonar att ett helhetsperspektiv, såväl ett inifrån- och utperspektiv som ett utifrån- och inperspektiv, nås först då dialogen dessa emellan etableras (Sarv 1997, sid. 74). Ansvaret för kundrelationerna och kundvården ska således finnas i hela organisationen och måste accepteras och införlivas i företagets ledningslogik (Grönroos 2004, sid. 23). Med andra ord; kundvården blir en process där flertalet affärsfunktioner berörs. Därför måste alla företagets delar drivas kundinriktat, det vill säga på ett marknadsinriktat sätt. Marknadsinriktad företagsledning uttrycker vikten av att låta insikten om kundernas behov, värderingar och interna processer genomsyra hela företaget (Grönroos 2004, sid. 27).

3.4 Kunden i teamet

Eftersom hälso- och sjukvården styrs av lagstiftade riktlinjer är det relevant att studera hur målstyrda arbetsgrupper fungerar. I detta tas hjälp av det Thylefors och Krantz skriver i antologin *Arbetsgrupper, från gränslösa team till slutna rum* (2007). Målstyrda team kännetecknas av samarbete, ömsesidigt förtroende, delat ansvar, stort medansvar för planering genomförande och utvärdering, konfliktlösning genom aktiv problemlösning, hög grad av egen kontroll (Krantz 2007, sid. 34).

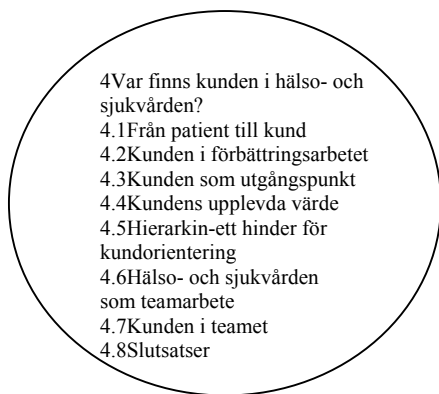
I och med målstyrda teams ovan nämnda karaktärsdrag är det även väsentligt att studera det gränsöverskridande arbetet mellan olika professioner i tvärprofessionella team i relation till den idag starkt hierarkiska institutionella organisationen som hälso- och sjukvården utgör. Tvärprofessionella team syftar då på hur rollspecialiseringarna inom team kompletterar varandra (Thylefors 2007, sid. 23). Thylefors (2007, sid. 92-95) skriver vidare att tvärprofessionella team kännetecknas av att resultatet nås genom gemensamt förenade ansträngningar, beslutade genom ömsesidig konsultation och kännetecknas av

samarbete och samspel. I ett rollintegrerat team är arbetsrelationerna parallella vilket medför att varje individ måste aktivt samarbeta och samordna sina insatser med övriga teammedlemmars (Lind & Skärvad, 2004 sid. 89). Lind och Skärvad (2004, sid. 16) menar just att det med teamsynsättet följer att alla involverade presterar mer och tillsammans skapar ett mervärde.

Sarv (1997, sid. 84) betonar i detta vikten av att alla teammedlemmar är införstådda med vilka roller som skall samarbeta och samordnas. Det är viktigt att man har kunskap om varandras ansvarsområden, kompetenser och referensramar, prioriteringar och hur man ser på varandra (Westrup & Persson 2007:3, sid. 59). Här skriver Krantz (2007, sid. 34) att teammedlemmarnas medvetenhet om den egna rollen i det stora sammanhanget och den enskildes förmåga att påverka sin situation i och med ett teamsynsätt kan öka. Således är det av vikt att ta reda på hur tvärprofessionella team som struktur kan påverka synen på patienten och vilka konsekvenser detta synsätt har på kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Som följd är det även intressant att diskuteras det Rentzhog (1998, sid. 72-76) skriver om ägarskap och ansvar för processen. Ansvarstagandet förutsätter att människor upplever sig delaktiga i organisationens mål, ser sambandet mellan sina handlingar och organisationens mål och upplever sig bemyndigade att handla. En person som äger sitt arbete intar dessutom en skapande attityd till det (Sarv 1991, sid. 28-29). Detta kan jämföras med vad Rentzhog (1998, sid. 28) skriver om att patienten/kunden utgör det objekt som processen transformerar till ett resultat. Således kombineras processsynsättet och teamsynsättet för att se hur detta påverkar hälso- och sjukvårdens förändringsbenägenhet gällande kundbegreppets genomslagskraft inom vårdstrategier.

Nu har de teorier som uppsatsen lutar sig mot redovisats. Såväl patient- som kundbegreppet och utgångspunkterna i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete har presenterats. Därtill har relationsmarknadsföringens innerbörd och alternativa organisationsformer beskrivits.



Figur 4:1 Disposition

4 Var finns kunden i hälso- och sjukvården?

Nu övergår uppsatsen till att jämföra empiri med teori där vi problematiserar tillämpningen av kundbegreppet för att visa på att en omdefinition av organisationen kan innebära en förbättring av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

4.1 Från patient till kund

Ur rapporten Effektivare vård med patienten i fokus (Nutek 2007, sid. 2) framgår att hälso- och sjukvården är en stuprörsindeld organisation, en struktur som resulterat i att helhetsperspektivet kring patientens/kundens behov delvis gått förlorat. Det grundläggande problemet i hälso- och sjukvården är att patienten/kunden inte har en tillräckligt tydlig roll och inte heller finns med i planeringen av vårdproduktionen (Norén 2005). Andra servicebranscher organiseras utifrån ”behov som söker kompetens” och fokuserar på kunden, medan hälso- och sjukvården utgår från ”kompetens som söker behov” (Nutek 2007, sid. 2). Rapporten Patienten som en resurs (Norén 2005) upplyser exempelvis om att bankerna lyckats väl med att låta kunderna bli medproducenter i verksamheten och på detta sätt upplever en högre kvalitet samtidigt som tillgängliga resurser används på smarta sätt; Internetbanken har gjort kunderna till såväl kassörer som handläggare samtidigt som de allra flesta upplever ett högre värde att kunna göra sina bankaffärer när det passar.

Respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) upplyser om att kunskap om förbättringsarbete kring kundorientering än idag hämtas från industrin och att hälso- och sjukvården sällan jämför sig med andra tjänstebranscher. Detta kan visa på att hälso- och sjukvården ännu inte är kundorienterad. Samtidigt individualiseras marknaden och konsekvenserna är att hela organisationer; alla arbetsuppgifter och arbetsprocesser blir kundorienterade i kampen om att bättre kunna bemöta kundernas behov, krav och önskemål (Lind & Skärvad 2004, sid. 35). Trenden går från att se en kund i varje individ till att se en individ i varje kund (ibid.).

Nordgren (2007, sid. 47) skriver om att även välfärdssystemet håller på att marknadsanpassas med syftet att öka effektiviteten och förbättra resursfördelningen utifrån

patienten/kundens efterfrågan. Detta visar sig tydligt i projekt som till exempel Vårdval Skåne. Att hälso- och sjukvården blir mer marknadslik innebär att den enskilda medborgaren tilldelas en ny roll med ekonomisk och juridisk makt (Nordgren 2004, sid. 7). Vi instämmer med Nordgren (ibid.) som menar att följden av marknadsiseringen är att kundbegreppet har introducerats inom hälso- och sjukvården. Vi ställer oss frågan om kundbegreppets introduktion medfört en förändring av patientens roll?

Enligt Nationalencyklopedins Ordbok (1994, sid. 11) innebär begreppet patient en person som på grund av sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad. Ordet kund definieras som en person som bland annat utnyttjar en tjänst. I och med denna definition menar Nordgren (2004, sid. 116) att patienten kan definieras som en person som väljer sjukvård som en tjänst samtidigt som han framhåller vikten av att även beakta patienten som medproducerande och värdeskapande i vården. Nordgren (2004, sid. 114: Levin & Normann 2000, sid. 59) skriver att ordet kund motsvaras av någon som ställer och har rätt att ställa krav. Rapporten Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential (R 2007:13, sid. 18) antyder att patienter inom hälso- och sjukvården ännu inte ses som kunder och efterlyser att patienter/kunder behandlas efter behov framför efterfrågan. Även respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) berättar att begreppet kund för närvarande används analogt med begrepp som patient, vårdtagare och brukare. Ur detta konstateras att begreppen står i motsats till varandra vilket gör att det enkelt uppstår en otydlighet kring innebörden. Således menar vi att begreppet kund används utan värde då respondenterna vid Utvecklingscentrum beskriver hur personalen under utbildningsdagar talar om kund men väl tillbaka på vårdenheten återigen talar om patient. Av detta konstaterar vi att begreppet kund hittills delvis har lanserats utan innehåll. En vidare användning av kundbegreppet kan öppna för att de individuella behoven och medborgarens känslor mer än idag beaktas. Att hälso- och sjukvården utgörs av människonära tjänster medför att emotionella aspekter påverkar den värdeskapande processens utfall. Därav är det av vikt att organisationen utgår från individens processer och beaktar patientens/kundens känslor och kunskap (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 33, 39-40), något som även Normann (2001, sid. 121) betonar. Dialogen kan medföra att kunden känner tillit i relationen till hälso- och sjukvården. På detta sätt uppnås engagemang (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 43).

Sammanfattningsvis kan vi se försök till att förstå och realisera kundbegreppet men eftersom utgångspunkten ännu inte grundar sig i att identifiera samt bemöta individens förväntningar försvåras den värdeskapande processen. Att använda ordet kund menar vi är långt ifrån detsamma som att utgå från begreppets innebörd för att arbeta kundorienterat med fokus på individen. Första steget är förståelse för begreppets innebörd, nästa steg är att faktiskt använda detta på rätt sätt. Utifrån ovan teorier kring kundbegreppet finner vi det väsentligt att klargöra dess innebörd för att gå från en passiv patient till en medproducerande kund.

4.2 Kunden i förbättringsarbetet

Enligt såväl rapporten *Göra saker rätt, göra rätt saker* (Region Skåne 2007, sid. 12) som respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) utgår Region Skåne idag i sitt förbättringsarbete kring kundorientering från systemiska teorier. Här finner vi det intressant att se hur hälso- och sjukvården i praktiken inte bara beaktar hur systemet påverkar individen, utan även hur individen påverkar systemet. Enligt systemiska teorier är utgångspunkten just samspelet mellan system och individ utifrån sådant som bland annat är mätbart, synligt och objektivt. Därtill ingår aspekter som är svåråtgörbara, norm- och beteendestyrd (Hallmer et al. 2007, sid. 5). Dessa svåråtgörbara aspekter likställer vi med de mjuka, värdeskapande värdena som Nordgren (2004, sid. 115) efterlyser. Styrande visioner såsom Skånsk Livskraft syftar till att förbättringsarbetet av hälso- och sjukvårdens organisation ska leda till att individen blir organisationens utgångspunkt. I själva verket kan vi se att förändringens verkningsgrad är låg eftersom uppfattningen är att utgångspunkten är individen, men i verkligheten utesluts denne. Även i rapporten *Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential* (R 2007:13, sid. 13) bekräftas att det fokuseras för mycket på de aktiviteter som utförs, varför mått på hur mycket värde som resurserna skapar för kunden uteblir. Respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) upplyser just om att de i förbättringsarbeten utgår från ett inifrån- och utperspektiv där fokus främst ligger på individerna i organisationen. Detta menar vi går emot vad Sarv (1997, sid. 75) betonar, att varje insats främst bör värderas utifrån patientnyttan, det vill säga att utgå från kunden; ett utifrån- och inperspektiv. Även Lind och Skärvad (2004, sid. 35) framhäver vikten av att arbetet måste bedömas med utgångspunkt från det värde det skapar för kunden. Processer tenderar om de inte ständigt

värderas utifrån kundernas synvinkel att förändras till att passa de anställdas interna bekvämlighet (Rentzhog 1998, sid. 19). Vidare uttrycker Sarv (1997, sid. 183) oro för att de ekonomiska styrmedlen tar över helt och hållet. Såväl Nordgren (2004, sid. 115) som respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) bekräftar Sarvs oro genom att förklara att patientens/kundens ekonomiska position idag dominerar diskussionen kring kundbegreppet. Hittills har hälso- och sjukvården främst fokuserat på det mätbara eftersom det då varit enklare att utvärdera resultatet (Norén 2005). Detta har inneburit att subjektiva aspekter som individens lärande och egenansvar inte tillvaratagits (intervju 2008-04-15). Det vi således vill understryka är det som även Nordgren (2004, sid. 115) betonar; att värdeskapandet som upplevs och skapas i relationen mellan patient/kund och vårdproducent är ett relativt ostuderat område. Vi, liksom Nordgren (ibid.) framhåller vikten av att utgå från människan och inte bara värdet utifrån ekonomiska aspekter. Vidare menar Nordgren (ibid.), vilket vi instämmer i, att mäta det kvalitativa det vill säga mjuka värden är mycket mer väsentligt eftersom det spelar en större roll i patientens/kundens värdeskapande. Grönroos (2004, sid. 36) poängterar just vikten av att inom tjänsteproduktion beakta det faktum att värde inte finns förrän kunden kan utnyttja tjänsten på ett sätt som har betydelse för dennes värdeskapande process. Patienten/kunden är mer än någon som betalar för sig. Det handlar istället om att mäta hur hälsan påverkas (Nordgren 2004, sid. 127). Detta styrks av det Feraz-Nunes et al. (2007, sid. 200) skriver om att konsumenter idag inte efterfrågar sjukvård i sig utan bättre hälsa.

Enligt rapporten vårdens Livskraft, kunskap och lärande ställer patienter/kunder alltmer krav på serviceorienterad vård (Christiansson & Rooke 2005, sid. 38). Även respondenterna vid Utvecklingscentrum är medvetna om att patienten/kunden idag har andra krav, är kunnigare och förväntar sig att få valuta för pengarna (intervju 2008-04-15). Därtill är hälso- och sjukvården människonära tjänster som kännetecknas av att patienten/kunden såväl är råmaterialet som produkten (Persson & Westrup 2006, sid. 1). Eftersom den kvalitet som patienten/kunden upplever bestämmer resultatet bör mer hänsyn tas till patientens/kundens förväntningar (Nordgren 2007, sid. 5). Detta menar vi kan jämföras med vad Rentzhog (1998, sid. 28) skriver om att patienten/kunden utgör det objekt som processen transformerar till ett resultat. Vidare menar Persson och Westrup (2005, sid. 107) att människor tenderar att likställa sina förväntningar med löften som skall förverkligas och behov som ska tillgodoses. Första steget är således att omdefiniera produkten för att möjliggöra utvecklandet av en kundrelation där arbetsfördelningen

mellan patient/kund och vårdproducenten fastställs (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 33). Att i högre grad överföra myndigheten till patienten/kunden, menar vi likt Sarv (1997, sid. 69) kan spara pengar och samtidigt genom aktiverande av kunden tillföra värde.

Således finner vi skäl att diskutera patientens/kundens värdeskapande och medproducerande roll i hälso- och sjukvården.

4.3 Kunden som utgångspunkt

Som tidigare nämnts upplyser såväl rapporten Göra saker rätt, göra rätt saker (Region Skåne 2007, sid. 12) som respondenterna vid Utvecklingscentrum om att hälso- och sjukvårdssystemet förbättringsarbetet idag har ett inifrån- och utperspektiv. Detta medför att förbättringsarbete utgår från att betrakta patienter ur ett internt perspektiv. Det tolkas vad patienten/kunden behöver utifrån tidigare erfarenhet och professionell kunskap vilket motiveras med att det i förhållande till patienten/kunden råder ett kunskapsövertag (intervju 2008-04-17). Respondenterna vid Utvecklingscentrum bekräftar att förbättringsarbete kring kundorientering ännu inte utgår från vad patienten/kunden faktiskt förväntar sig. Vidare beskriver de hur hälso- och sjukvården har drabbats av ett Allt-i-ett-syndrom där alla behandlas likadant (intervju 2008-04-15).

Respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) berättar att deras utbildningar utvärderas genom enkäter där berörda team besvarar huruvida de efter utbildningen har blivit mer kundfokuserade eller inte. Vad patienten/kunden märker av förändringen efterfrågas inte av utbildarna vid Utvecklingscentrum då de ser som sin uppgift att främst utbilda vårdpersonalen att arbeta i tvärprofessionella team vilka i sin tur själva får ta ansvar för arbetet med kundorienteringen. Vi ser här ett mellanled där målet att arbeta kundorienterat finns, men finner samtidigt en avsaknad av vetskapen om hur patienten/kunden kan inkluderas i kundorienteringen. Vid ett förbättringsarbete är det viktigt att fokus ligger på att höja kundvärdet genom att tillvarata kundens kunskap (Ax et al. 2005, sid. 641). Även Sarv (1997, sid. 72) ser risker med att exkludera patienten/kunden ur organisationsschemat eftersom frågor då ofta formuleras utifrån frågeställarnas perspektiv snarare än utifrån patienternas/kundernas. Det faktum att processer sällan utformats utifrån ett kundperspektiv har i många fall skapat betydande hinder för utvecklandet av ett kundorienterat arbetssätt (Rentzhog 1998, sid. 18). När tjänsteföretag hamnar under ekonomiskt tryck, likt hälso- och sjukvården är idag, får det ofta sig självt att hamna i en ond cirkel (Normann 2000, sid. 65). Servicenivån påverkas och kundens

uppfattning av kvaliteten påverkas dramatiskt till följd av till synes små förändringar. Kundens negativa upplevelse kan i sin tur påverka dennes eget bidrag till den övergripande kvaliteten. Som följd fortsätter den onda cirkeln i en nedåtgående spiral eftersom de negativa effekterna förstärker varandra. Således finner vi, liksom Sarv (1997, sid. 71) att det är väsentligare att lyssna till patienten/kunden än till sin egen bild av denne. Eller som Normann (2001, sid. 126) uttrycker det: ”Vi kan sällan anta att vi vet vad kunderna vill ha. Än viktigare är att vi inte heller kan anta att kunderna själva vet vad de behöver eller vill ha”. Genom dialog mellan patienten/kunden och vårdproducenten skapas en läroprocess där patienten/kunden identifierar sina behov och förväntningar. Om denna kunskap inte beaktas går den förlorad för organisationen och kan endast delvis återfås genom kostsamma marknadsundersökningar (Sarv 1997, sid. 73).

En annan risk menar Sarv (1997, sid. 73) är att utvärderarna tittar alltför linjärt på enkäter; de uppfattar det positiva men glömmer det negativa. För att fånga upp om patienterna/kunderna verkligen upplever någon skillnad föreslår Sarv (ibid.) att patienterna/kunderna ombeds föra dagbok. Sarv (1997, sid. 74) betonar just att ett helhetsperspektiv, där vi konstaterar att såväl ett inifrån- och ut som ett utifrån- och inperspektiv krävs för att beakta kundens upplevda värde.

4.4 Kundens upplevda värde

Ur rapporten Strategier för effektivisering (SKL 2007, sid. 22) framkommer att en förutsättning för ett utifrån- och inperspektiv inom hälso- och sjukvården är att resultat skapas i samarbete med patienten/kunden genom att ta hänsyn till deras krav, behov och tankar. Målet är således att förbättringsarbetet bör utgå från patientens/kundens perspektiv (Region Skåne 2007, sid. 4). Respondenterna vid Utvecklingscentrum upplyser om att just förbättringsarbetet ännu inte nått dit fullt ut (intervju 2008-04-15). Sarv (1997, sid. 186) menar att organisationer är i en process att gå från erfarenhetstänkande till systemiskt lärande. Därtill hävdar vi att hälso- och sjukvården bör närma sig ett relationsmarknadsföringsperspektiv mer än idag för att arbeta parallellt med ett inifrån- och ut- samt utifrån- och inperspektiv eftersom det handlar om människonära tjänster. Detta eftersom såväl Gummesson (2002, sid. 89) som Nordgren (2005, sid. 86) skriver att mötet mellan patient/kund och vårdproducent bör ses som ett servicemöte eftersom mötet bygger på interaktion och samproduktion.

I den senare tjänsteforskningen betonas just att kunden bör ses som en av flera aktörer som samverkar för att skapa värde i en värdeskapande process (Nordgren 2004, sid. 114-115). Grönroos (2004, sid. 25, 37) skriver att det relationsinriktade perspektivet innebär att kundvärde således skapas i relationen mellan kund och leverantör. Vidare skriver Grönroos (2004, sid. 39) att ett väsentligt krav för relationsmarknadsföringens strategi är att tjänsteföretaget lär känna kundernas långsiktiga behov och önskemål. Detta eftersom tjänstekvalitet är vad kunden upplever att det är (Grönroos 2004, sid. 75). Bra kvalitet består i att den upplevda kvaliteten motsvarar kundens kvalitetsförväntningar (Grönroos 2004, sid. 79), vilket vi menar överensstämmer med tidigare resonemang kring människonära tjänsters kännetecken. För att bli en bestående resurseffektiv verksamhet med högt värde för såväl vårdproducent som patient/kund måste det skapas förtroendefulla relationer mellan vårdproducenterna och patienterna/kunderna (ibid.). Därav vill vi, liksom Nordgren (2007, sid. 6), betona att det sålunda inte går att bortse från att patienten/kunden är en av de aktörer som samverkar i den värdeskapande processen, något som även Czepiel et al. (1986, sid. 3) påpekar då de säger att kunden inte kan separeras från produktionen eftersom tjänster produceras och konsumeras samtidigt. Traditionella producent-konsumentrelationer har till följd av tjänsteekonomins framväxt inneburit att relationerna mer och mer ersatts av integrerade värdeskapande relationer (Normann 2000, sid. 47). Kunderna har behov att behandlas på ett individualiserat och medproccerande sätt. Normann (2000, sid. 43) betonar därav vikten av att alla involverade bör vara medvetna om de roller de spelar i den värdeskapande processen.

Rapporten Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential (R 2007:13, sid. 19) indikerar att effektiviseringsvinster finns att göra inom hälso- och sjukvården genom att använda resurser annorlunda som leder till ett ökat värde. Att göra patienten/kunden mer aktiv inom hälso- och sjukvården är att föredra, vilket bekräftas av respondenterna vid Utvecklingscentrum, samtidigt som de menar att förutsättningar för denna utveckling ännu inte finns (intervju 2008-04-15). Respondenterna vid Utvecklingscentrum berättar vidare att denna utveckling inte kommer att ske under vår livstid då det är en lång resa och en ännu längre resa internt (intervju 2008-04-15). Av detta finner vi skäl att diskutera vad som motverkar tillämpningen av kundbegreppet inom hälso- och sjukvården då relationsmarknadsföringen hjälpt andra tjänsteverksamheter att åstadkomma denna förändring.

4.5 Hierarkin – ett hinder för kundorientering

Rapporten Effektivare vård med patienten i fokus (Nutek 2007, sid. 2) beskriver hälso- och sjukvården som en institutionell och hierarkiska organisation med en stark stuprörsindelning. Respondenterna vid Utvecklingscentrum menar därtill att utvecklingen går mot en ännu tydligare specialisering (intervju 2008-04-15). På grund av detta ställer vi oss frågan vilken roll patienten/kunden har i och med det Normann (2000, sid. 43) skriver om den ökande informationsmängden som idag präglar vårt samhälle. Mängden information har bidragit till att patienterna/kunderna är mer kunniga, vilket i sin tur fått till följd att det uppstått en rollförskjutning mellan kund, här patienten, och leverantören, här vårdproducenten. Därtill ställer vi oss frågan hur hälso- och sjukvårdens organisationsstruktur tar tillvara denna rollförskjutning?

Sarv (1997, sid. 55) skriver om hur organisationsstrukturen skapar förutsättningar för förbättringsarbete. Förbättringsarbetet utgår från alla aktörers insatser oberoende av var aktörerna finns i organisationsschemat. Om en organisation är funktionellt uppdelad, likt hälso- och sjukvården med sin stuprörsindelning, blir det svårt att uppnå en tydlig fokusering på kundorienterade förbättringar (Rentzhog, 1998, sid. 44). Ax et al.(2005, sid. 641) menar att oftast ses företag ur ett vertikalt perspektiv. Detta innebär att företagets funktioner och avdelningar ställs i fokus vilket påverkar kundens position då denna endast blir en ekonomisk aspekt (ibid.). De menar vidare att kundens behov är svåra att tränga in i organisationens enheter och att det utvecklas en specialistkultur kring enskilda funktioner (ibid.).

Normann (2000, sid. 33) upplyser samtidigt om att medicinska tjänster tillhandahålls patienten/kunden men att den beslätade kunskapen och färdigheten tenderar att hållas kvar inom det system som står för tjänsten. Vi, i likhet med Normann (ibid.), ser här en brist i överföringen av kunskap till patienterna/kunderna samt brist i förmågan att stimulera till egenvård, vilket orsakat såväl kostnads- som kvalitetsproblem inom sjukvårdssystemet. Normann (2000, sid. 48) menar att det finns en utmaning i att hitta nyanserade kombinationer av avlastande och möjliggörande element, såsom egen- eller hemvård, i kundrelationerna som skapar ett maximalt resursutnyttjande. Rapporten Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential (R 2007:13, sid. 23) initierar att hälso- och sjukvården likt andra tjänstebranscher har potential att utveckla nya tekniker och organiseras innovativt. Dock hävdar respondenterna vid Utvecklingscentrum att se över formen för hur vården ges är mindre viktigt (intervju 2008-04-15). Vi menar, i motsats till

denna ståndpunkt, att det på grund av stark hierarki och inlärd roller råder en otillräcklig förändringskompetens inom organisationen. Kritik mot hierarkiska strukturer berör just att de anses vara långsamma då medarbetarna saknar en helhetssyn (Lind & Skärvad 2004, sid. 50). Följden blir en låg utbytesgrad och en låg verkningsgrad då organisationens medlemmar drar sig för förändringar eftersom de inte ser någon väg att åstadkomma dem. Normann (2001, sid. 117) skriver om det Värdeskapande systemet där det handlar om att se till helheten, alla ingående delar och inte till de enskilda objekten i systemet. Kunskap om hur man skapar relationer och mönster i samproduktion är ännu värdefullare resurser (Normann 2001, sid. 117). Det avgörande blir vilka relationer och positioner man har i Värdeskapande system, information om objekt och om relationer blir värdefulla tillgångar. Här ser vi kopplingar till det Rentzhog (1998, sid. 18) upplyser om, att processer sällan utformas utifrån ett kundperspektiv, vilket i många fall skapar betydande hinder för utvecklandet av ett kundorienterat arbetssätt.

Rapporten Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential (R 2007:13, sid. 25) efterlyser att hälso- och sjukvården i sitt förbättringsarbete måste finna nya utgångspunkter. Även Christiansson och Rooke (2005, sid. 8) betonar att hälso- och sjukvården är i behov av rambrytande omställning och kontinuerlig förändring. Att hälso- och sjukvårdens utbildning så som den är idag fostrar till en tydlig rollfördelning bekräftas av respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15). I och med detta konstaterar vi att förändringsbenägenheten i hälso- och sjukvårdens organisation är låg. Konstaterandet görs utifrån det Sarv (1997, sid. 55) skriver, att personal inte tenderar att engagera sig i förändringar som hotar deras egen position eller anställningstrygghet. Detta menar vi kan innebära att personalen kan komma att känna sig hotad då det kommer en kund som tar delansvar. En förutsättning för kundorientering är att ansvaret för kundrelationerna och kundvården ska finnas i hela organisationen och måste accepteras och införlivas i företagets ledningslogik (Grönroos 2004, sid. 23). Med andra ord; kundvården blir en process där flertalet affärsfunktioner berörs. Därför måste alla företagets delar drivas kundinriktat, det vill säga på ett marknadsinriktat sätt. Vi, i likhet med Grönroos (2004, sid. 27), anser att marknadsinriktad företagsledning kan framhäva vikten av att låta insikten om kundernas behov, värderingar och interna processer genomsyra hela företaget. Sarv (1991, sid. 26) bekräftar att förbättringsprocesser måste få oss att tänka annorlunda, arbeta annorlunda och att använda systemen annorlunda för att leda till en helhetsförändring. Utmaningen för framtidens förbättringsarbete kring

kundorientering ligger i att informera patienten/kunden om vad hon kan förvänta sig samt att bättre bemöta de allt högre krav som ställs. Konstateras kan att dagens organisationsstruktur försvårar möjligheten att se förbättringspotential. Kanske kan en alternativ organisationsform vara att se på hälso- och sjukvården som ett tvärprofessionellt team och på så vis skapa bättre förutsättningar för förändring.

4.6 Hälso- och sjukvården som teamarbete

Rapporten Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer (R 2008:01, sid. 17) tar upp att hälso- och sjukvården arbetar efter styrdokument och lagstiftningar vilket gör att organisation kan anses vara målstyrd. Detta bekräftas av respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) då de upplyser om visionen Skånsk Livskraft som ses som ett initiativ till att arbeta mer kundorienterat inom Region Skåne. Även lagstiftningen initierar att vården och behandlingar så långt som det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (Rönnerberg 2005, sid. 136-137). Rapporten Systemiskt tänkande, Systemiskt lärande, Systemiska möten (Hallmer et al. 2007, sid. 3) upplyser också om detta, då samarbete inte kan beordras utan bygger på individers vilja och förutsättningar.

En helhetsförståelse för hur systemet hänger ihop är en väsentlig kunskap för alla, såväl beslutsfattare, medarbetare och kund vilket leder till praktiska förbättringar för medborgarna (Region Skåne 2007, sid. 4). I rapporten God vård (SOS 2007, sid. 20) betonas just vikten av förståelse kring de medverkande kompetenserna. Även Utvecklingscentrum eftersträvar ett helhetsperspektiv där de berörda enheterna samverkar (intervju 2008-04-15). Att se hälso- och sjukvårdens organisation som målstyrd gör vi utifrån det argument som Krantz (2007, sid. 34) för kring målstyrda arbetsgrupper; att medlemmarna får ökad medvetenhet om den egna rollen i ett större sammanhang och samtidigt en större förmåga till påverkan av den egna situationen. Detta innebär att gruppmedlemmarna blir mycket engagerade i sitt arbete (ibid.).

Vi instämmer i det Thylefors (2007, sid. 23, 87) menar om att hälso- och sjukvården även kan ses som ett tvärprofessionellt team och syftar då på hur rollspecialiseringarna inom team kompletterar varandra. I ett rollintegrerat team är arbetsrelationerna parallella. I detta vill vi betona att även patienten/kunden ingår i teamet, vilket överensstämmer med vad tidigare nämnts om att patienten/kunden såväl är råmaterialet som produkten. Teammedlemmarna, såväl vårdproducenten som patienten/kunden, arbetar inte sekventiellt

utan parallellt vilket i sin tur innebär att varje individ aktivt måste samarbeta och samordna sina insatser med övriga teammedlemmar (Lind & Skärvad, 2004 sid. 89). Teamets resultat är mer än summan av de individuella personernas resultat. Teamet har även en synergistisk effekt; tillsammans presterar alla mer (Lind & Skärvad 2004, sid. 16). Thylefors (2007, sid. 92-95) skriver vidare att tvärprofessionella team kännetecknas av att resultatet nås genom just gemensamt förenade ansträngningar, beslutade genom ömsesidig konsultation och kännetecknas av samarbete och samspel. Vi menar därmed att dessa tankar överensstämmer med Självbestämmandepincipen § 2a säger att hälso- och sjukvården ska ”/---/ bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. /---/ ” samt § 2b som säger att ”/.../ patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd /---/ ” (Rönneberg 2005, sid. 287). Värdeskapande handlar enligt senare tjänsteforskning om att tillfredsställelsen av förväntningar inte kan nås utan en god dialog som formar relationen mellan patienten/kunden och vårdproducenten (Nordgren 2004, sid. 115; Lindqvist & Persson 1997, sid. 111)

Rapporten Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer (R 2008:01, sid. 1) antyder att hälso- och sjukvården börjar närma sig det kundfokus som andra tjänstebanscher utgår från, vilket också överensstämmer med målsättningen för Utvecklingscentrums (intervju 2008-04-15) arbete. För att skapa förutsättningar för kundfokusering bör hälso- och sjukvårdens organisation omdefinieras till ett tvärprofessionellt team vilket innebär att olika vårdprofessioner och den medproducerande patienten/kunden samverkar som ett team. När ett team fungerar som bäst skapar teamet ett mervärde. Vi tar upp begreppet tvärprofessionella team eftersom vi hävdar att det gör det enklare att se helheten samt att detta bättre än idag faktiskt involverar kunden genom att låta denne vara aktiv i vårdprocessen. Detta ställningstagande motiveras utifrån diskussionen kring diskursens makt. Diskurs definieras som utgångspunkten till individens sätt att tänka, tala och handla (Nordgren 2004, sid. 7; Foucault 1972, sid. 45- 46, 133). Det är således språket som styr människors tankar och handlingar i vardagen (Nordgren 2005, sid. 83). Nordgren (2004, sid. 53) menar att begreppet patient står för den passiva sjuke som väntar och behöver vård. Förr betraktades hälso- och sjukvården som en förvaringsplats för den sjuke (ibid.). Patienten var en mage eller ett lårbensbrott, hon hade inte mycket att säga till om (Sarv 1997, sid. 124). Hälso- och sjukvården är utformad för

att befria kunderna när de drabbats av omedelbara behov av att bota akuta sjukdomar, vilket Normann (2001, sid. 123) menar syftar till att patienten är en passiv mottagare i slutet på värdekedjan. För att skapa en samproducerande vård bör hälso- och sjukvården stödja och underlätta kundens hälsobringande processer och låta det stå till grund för att införliva arbetet med människonära tjänster inom hälso- och sjukvården (Normann 2001, sid. 124). Underlättande innebär att hälso- och sjukvården delegerar ut ansvar till kunden, med detta förändras det värde som kunden kan skapa i sin verksamhet. Beträffande att sätta ramen instämmer vi i vad Normann (2001, sid. 123) skriver om att det underlättande perspektivet får stå som grund för frigörandet, här att patienter/kunder i första hand ges möjlighet att aktivt delta som medproducenter. Kunden omvandlas till sin egen läkare i och med den mer aktiva rollen, till exempel utökad egenvård. Normann (2001, sid. 123) menar att offentliga eller privata organisationer inom hälso- och sjukvården i allmänhet både bör verka för kundens frigörelse och verka underlättande. För att förändra diskursen inom hälso- och sjukvården kan lärdomar dras från det Normann (2001, sid. 219) skriver om double loop learning som just innebär just att ifrågasätta själva ramen, det vill säga det som har blivit institutionaliserat i det sociala systemets språk och strukturer.

Projektet Samverkande vårdnätverk är ett av flera projekt som genomförts med syftet att just ge patienten/kunden en medproducerande roll. Med stöd av information, medicinsk teknik och mobila vårdteam, intar patienten/kunden denna aktiva roll i vårdkedjan (Nutek 2007, sid. 3). Det aktiva deltagandet tillförde patienten/kunden värde genom att leda till en snabbare återhämningsprocess. Den medproducerande patienten/kunden visade sig därtill bli en värdefull resursbesparing, vilket såväl framkommer i rapporten Patienten som en resurs (Norén 2005) som bekräftas av respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-17). När relationerna är samproducerande komprimeras tiden vilket medför att det skapas tid till andra verksamheter (Normann 2001, sid. 117). Exempelvis medförde utökad egenvård en resursbesparing genom att dennes hem kunde användas som vårdplats där patienten/kunden övertog vissa av vårdpersonalens uppgifter (Norén 2005). Med detta kan vi se en uppenbarlig potential för förbättringar av sjukvårdens operativa organisation, vilket även Lind och Skärvad hävdar (2004, sid. 168-169).

Vi konstaterar därmed att förbättringsarbetet kring bland annat kundorientering såväl bör gå mot ett utifrån- och inperspektiv som ett inifrån- och utperspektiv där utgångspunkten är behov som söker kompetens. Först när utgångspunkten är individens verkliga förväntningar blir det möjligt att identifiera och mäta resurser som skapar värde

för patienten/kunden. Detta konstaterar vi utifrån det Persson och Westrup (2005, sid. 107) betonar att människonära tjänster innebär unika möten där förväntningar tenderar att likställas med löften. Därför menar vi att det är viktigt att inom hälso- och sjukvården tar reda på vad som faktiskt förväntas.

För att bli mer kundorienterad bör hälso- och sjukvården således bli bättre på att lyssna till och ta tillvarata kundens förväntningar vilket kräver att kunden ges mer ansvar än idag. Detta innebär, med hänsyn till diskursens makt ovan och med hjälp av double loop learning, att patienten/kundens roll i relation till hälso- och sjukvården omdefinieras.

4.7 Kunden i teamet

Som tidigare nämnts är det grundläggande problemet i vården att patienterna/kunderna inte har en tillräckligt tydlig roll i hur vården organiseras och inte heller finns med i planeringen av vårdproduktionen (Norén 2005). Även respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) bekräftar att patienten/kunden ännu inte ingår i organisationsschemat. Storbacka och Lehtinen (2005, sid. 49) skriver att hälso- och sjukvårdens komplexa organisation leder till att inte heller kunderna alltid är medvetna om vilken roll de har i organisationen. Med andra ord ser vi att kunden inte fått tillräcklig information eller kunskap för att kunna dra nytta av relationen och hela dess potential. En kund kan endast ha en medproducerande roll och handla effektivt om denne har tillräckligt med information (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 34). Likväl menar Storbacka och Lehtinen (2005, sid. 34) att det är viktigt för organisationen att ha en förståelse för kundens värdeskapande process och förutsättning för att förändra sin situation. Kunskap är en förutsättning för att kunden fullt ut ska kunna dra nytta av de produkter och tjänster som hon mottagit (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 49).

Som konstaterats leder dessutom dagens hierarki inom hälso- och sjukvården till en distans och ovilja att bemöta patienter/kunder på deras villkor och har istället fört med sig att patienter/kunder känner sig otrygga och osäkra på om de får den vård de behöver (Sarv 1997, sid. 55). Patienter/kunder som inte får svar på sina frågor blir lätt rundgångspatienter genom att de löpande uppsöker vården med frågor, bokar fler tider för samma läkarbedömning för att vara säkra på att inte bli strukna eller för att få andra utlåtanden. Slutresultatet för vården är dels sämre effektivitet, dels att många patienter inte blir nöjda (Norén 2005). Ett sätt att undvika detta menar vi är att förstå patienters/kunders

förändrings- och lärprocess eftersom ”Det är en oerhörd skillnad mellan diagnos och en patient” (Sarv 1997, sid. 77).

I arbetet att klargöra patientens/kundens värdeskapande roll tror vi att hälso- och sjukvården har lärdomar att dra från relationsmarknadsföringen och från andra tjänstebranscher som genomgått liknande övergång från passiv kund till medproducerande kund. Tjänsteforskningen betonar just att det är väsentligt att kunderna får hjälp att förstå sin roll i tjänsteprocessen så att de själva kan påverka processen positivt (Grönroos 2004, sid. 128). Även vi vill betona vikten av att patienten/kunden ges möjlighet till att förstå den egna processen och att lära känna sig själv och sina egna behov. Kunderna måste utbildas och informeras på ett sådant sätt att deras roll som medproducent i tjänsteprocessen bidrar positivt till kundinitierad kvalitet och produktivitet liksom samspelsinitierad kvalitet och produktivitet (Grönroos 2004, sid. 235). Det handlar om att förbättra kundernas förmåga att delta. Kunder som är bättre informerade känner sig istället trygga, gör färre misstag och kräver inte onödig uppmärksamhet från personalens sida (Grönroos 2004, sid. 245). För att uppnå målet med en mer ansvarstagande patient/kund förutsätts således att människor upplever sig delaktiga i organisationens mål, ser sambandet mellan sina handlingar och organisationens mål och upplever sig bemyndigade att handla. En person som äger sitt arbete intar dessutom en skapande attityd till det (Sarv 1991, sid. 28-29).

I rapporten Framtidens näringsliv: Prognoser, visioner och förhoppningar (B 2007:3, sid. 26) kan läsas att ett ökat fokus på kundernas behov och möjligheter att påverka kan komma att innebära att nya marknadsnischer utvecklas. Inom vård- och omsorgssektorn kan det i framtiden utvecklas nya organisationsformer som mer än idag organiseras efter patienternas logik till skillnad från dagens situation med tjänster som i hög grad distribueras utifrån vårdgivarnas förutsättningar. Patienterna/kunderna väntas då bidra i genomförandet av vård- och omsorgsinsatser. För att stärka patientens/kundens position i dialogen med läkaren är en marknad för särskilda vård- och omsorgsmäklartjänster tänkbar (ibid). Respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) bekräftar att det även här finns lärdomar att dra från andra tjänstebranscher. I motsats till respondenterna vid Utvecklingscentrum (ibid.) som ser hälso- och sjukvården som en kunskapsorganisation är det med vår utgångspunkt, i Service Management, uppenbart att så inte är fallet. Vi hävdar att hälso- och sjukvården främst är en tjänsteorganisation som utgörs av människonära tjänster och därför måste dra lärdomar av relationsmarknadsföringen samt av andra tjänsteverksamheter.

Marknadiseringen av hälso- och sjukvården innebär dessutom att patientens/kundens roll blir alltmer tvetydig. Att patienten/kunden ses som aktiv medproducent innebär en rollförskjutning vilken exempelvis medför att professionen förväntas anpassa sig efter kundens val, önskemål, preferenser samtidigt som professionen väntas inta en tjänsteorienterad form genom att informera om olika vårdalternativ och utbilda samt involvera patienten/kunden i vården (Nordgren 2004, sid. 172). Respondenterna vid Utvecklingscentrum bekräftar att utmaningen ligger i att såväl patienten/kunden som vårdproducenten är införstådda med vilka ansvar och möjligheter som följer med kundens medproducerande roll (intervju 2008-04-15).

Förutsättningen för gränsöverskridande arbete är att vårdproducenterna håller tillbaka sitt behov av prestige, kontroll och makt (Westrup & Persson 2007:3, sid. 57). Först när teamet bortser från organisationsstrukturen kan en balans skapas i samverkan mellan patient/kund och hälso- och sjukvården (ibid.). Det är viktigt att exakt identifiera de kompetenser som bidrar till värdeskapandet (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 48-49). Det handlar om ömsesidiga beroenden mellan rollerna i organisationen (Normann 2001, sid. 116). Som följd krävs att alla har kunskap om varandras ansvarsområden, kompetenser, referensramar och prioriteringar samt hur man ser på varandra (Westrup & Persson 2007:3, sid. 59).

I rapporten Framtidens näringsliv: Vård och omsorg, en framtidsbransch (Nutek 2007, sid. 10) kan läsas om hälso- och sjukvårdens utveckling som förutspås bli ökad mångfald av olika vårdkoncept, till exempel privatiserad vård. Frågan är då om helhetsperspektivet än mer går förlorat? Nordgren (2004, sid. 51-53) skriver att dagens omstruktureringar leder till nya kategoriseringar efter diagnoser i och med en alltmer specialiserat uppdelad hälso- och sjukvård. Även respondenterna vid Utvecklingscentrum (2008-04-15) berättar att hälso- och sjukvården går från en stuprörs- till sugrörsindeld organisation i och med den allt mer dominerande specialiseringen. Det vi efterlyser är ett kombinerat inifrån- och ut-, utifrån- och inperspektiv i förbättringsarbetet kring kundorientering. Detta ställningstagande motiveras med det Sarv (1997, sid. 84) skriver om att teamets organisation bör utformas med utgångspunkt från en förståelse för uppgiftens natur. Som konstaterats innebär detta att klargöra vilka roller som ska skapas och hur teamets ska samarbeta/samordnas. Även Krantz (2007, sid. 34) upplyser om vikten av att öka teammedlemmarnas, här patientens/kundens och vårdproducenternas, medvetenhet om den egna rollen i det stora sammanhanget och den enskildes förmåga att påverka sin situation.

Här kan även diskuteras det Rentzhog (1998, sid. 72-76) skriver om ägarskap och ansvar för processen. Vi vill mena att patienten/kunden genom sitt medbestämmande i det målstyrda tvärprofessionella teamet är processägare. I och med att patienten/kunden inkluderas i teamet möjliggörs att denne själv kan bidra till resultatet vilket även har resursbesparande effekter (Storbacka & Lehtinen 2005, sid. 51). Likväl menar Normann (2001, sid. 135) att genom att koppla ihop nya konstellationer av kompetenser frigörs underutnyttjade resurser. En av de största kostnadstjuvarna i hälso- och sjukvården är således underskattning av patienter/kunder.

Rapporten Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential (R 2007:13) tar bland annat upp problematiken kring kund- och producentrelationen. Respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) uttrycker att hälso- och sjukvården behandlar den sista generationen tacksamma patienter. Vi går från beroende patienter till rättmätigt krävande kunder (ibid.). Vi menar att det är mer önskvärt att se på kunderna som medproducerande processägare i sin egen vård snarare än krävande kunder för att ändra synen på kundbegreppet. Likt Lind och Skärvad (2004, sid. 50) menar vi att först när den hierarkiskt uppbyggda organisationen, som hälso- och sjukvården idag utgörs av, inkluderar kunden finns förutsättningar för att stödja den värdeskapande processen. Detta menar vi bättre bemöter det faktum som tidigare nämnts, nämligen att patienten/kunden är såväl råmaterialet som produkten. Då kunden får en aktivare roll suddas gränserna mellan kund och tjänsteleverantör ut (Normann 2001, sid. 116). När gränserna suddas ut möjliggörs också patientens/kundens roll som processägare.

Övriga inom vården kan då ses som processledare då de planerar och utformar behandlingar. Genom denna, som Rentzhog (1998, sid. 136-137) skulle kalla kundorienterade rollfördelning, där alla är ansvariga för det övergripande resultatet, ger patienten/kunden sitt bemyndigande till vårdpersonalen att tillfredställa dennes vårdbehov. Målet med ett förnyat synsätt är att läkarrollen istället ska beskrivas som att hjälpa patienten/kunden att medverka i beslutsfattandet och att fatta egna beslut (Nordgren 2004, sid. 74). Rapporten Framtidens näringsliv: Vård och omsorg, en framtidsbransch (Nutek 2007, sid. 5) beskriver hur patienter som genom sin medproducerande roll, här processägande roll, fått mer möjlighet till att styra över när, var och hur tjänsterna utförs inneburit ökat värde för alla involverade i tjänsten. Som tidigare har konstaterat har diskursen inte nått dit ännu eftersom att respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) bekräftar att begreppet patient och kund används analogt inom

organisationen. Detta menar Nordgren (2004, sid. 160) kan bero på att ledningen inte delar dessa åsikter och att det ligger en kraft i retoriken, varför en omdefiniering av organisationsstrukturen behövs. Vi liksom, Normann (2001, sid. 292-293) kritiserar således synen som respondenterna vid Utvecklingscentrum (intervju 2008-04-15) har på kundbegreppet och deras val att föredra patientbegreppet då de anser att kundbegreppet försvårar diskussionen i många viktiga frågor.

Sammanfattningsvis ser vi på hälso- och sjukvården som ett målstyrt tvärprofessionellt team där patienten/kunden är processägare. För att förändra synen på kunden inom hälso- och sjukvården krävs såväl ett inifrån- och utperspektiv som ett utifrån- och inperspektiv beaktas i kundorienteringen för att uppnå en helhet.

Nedan följer slutsatser utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar. Därefter följer en summering samt en diskussion kring resultatet och dess tillämpningsområde.

4.8 Slutsatser

Uppsatsen övergår nu till redovisning av våra slutsatser. Inledningsvis vill vi påminna läsaren om uppsatsens genomgående frågeställningar: *Har synen på patienten förändrats i och med kundbegrettets introduktion? Hur kan synen på patienten påverka kvaliteten i hälso- och sjukvården?*

Självbestämmandeprincipen § 2a säger att hälso- och sjukvården ska ”/---/ bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. /---/ ” samt § 2b som säger att ”/.../ patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd /---/ ” (Rönberg 2005, sid. 287). Trots att även visionen Skånsk Livskraft säger att man ska utgå från individen görs inte detta. I själva verket konstateras att förändringskompetensen är bristfällig vilket innebär en låg utbytesgrad då organisationens medlemmar drar sig för förändringar eftersom de inte ser någon väg att åstadkomma dem. Även förändringens verkningsgrad är låg eftersom individen som utgångspunkt inte praktiseras vilket är en förklaring till varför begreppet kund används utan innerbörd och analogt med begrepp som patient, vårdtagare och brukare. Följden blir att synen på patienten inte har förändrats eftersom det enbart fokuseras på ekonomiska värden. Resultatet blir att patientens/kundens värdeskapande process helt glöms bort. Av detta konstateras att det råder en konflikt

mellan vad som eftersträvas och vad som mäts. Slutsatsen dras att kundbegreppet inom hälso- och sjukvården således inte är förankrat.

För att bättre arbeta kundorienterat måste hälso- och sjukvården ta steget från att dra lärdomar från teorier som behandlar industriföretag, till att inse att vården utgörs av människonära tjänster. Detta gör att relationsmarknadsföringen är mer relevant eftersom kvalitet i tjänsteverksamheter grundar sig i kundens förväntningar och slutligen avgörs av det upplevda värdet.

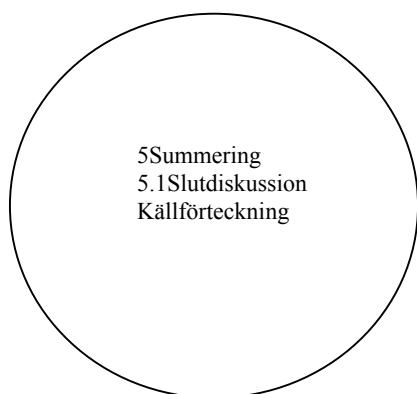
Dock försvårar dagens hierarkisk institution förändringsbenägenheten. Denna slutsats dras utifrån diskursens makt. Diskurs definieras som utgångspunkten till individers sätt att tänka, tala och handla. Det är således språket som styr människors tankar och handlingar i vardagen. Av detta konstateras, att det likt double loop learnings innerbörd, krävs att det som har blivit institutionaliserat i det sociala systemets språk och strukturer ifrågasätts. Här syftar vi på hälso- och sjukvårdens hierarkiska struktur och de roller den fostrar. Eftersom kvalitet grundar sig i kundens känslor och förväntningar måste dessa beaktas. Då ett tjänsteperspektiv innebär bättre förutsättningar för organisationen att beakta kundens upplevda värde kan således kvaliteten förbättras. Genom att utgå från relationsmarknadsföringens synsätt på kunden som aktiv och medproducerande uppnås målet med att se en individ i varje kund. Dessutom kan hälso- och sjukvården på så vis närma sig den organisering som andra tjänsteverksamheter utgår ifrån, nämligen behov som söker kompetens.

En lösning är att se hela hälso- och sjukvården som ett tvärprofessionellt team där kunden är processägare och därmed inkluderas i organisationsschemat. Detta bemöter bättre det faktum att patienten/kunden såväl är råmaterialet som produkten. Först när den hierarkiskt uppbyggda organisationen, som hälso- och sjukvården idag utgörs av, inkluderar kunden finns förutsättningar för att stödja den värdeskapande processen. När gränserna suddas ut blir patientens/kundens medproducerande processägande roll tydligare. Därtill har projekt kring just tvärprofessionella team både visat sig vara resurssparande och öka värdet för kunden.

Det tvärprofessionella synsättet innebär parallellt arbete med utgångspunkt i såväl ett inifrån- och ut- som ett utifrån- och inperspektiv på hälso- och sjukvårdens struktur. Denna utgångspunkt ökar i sin tur helhetsbilden för såväl vårdproducenten som patienten/kunden. Genom ett helhetssträvande samspel i organisationen vet alla vad det innebär att vara kund oavsett vilken roll man har i teamet. Kvaliteten förbättras således då patienten/kunden

inkluderas i den värdeskapande processen och då arbetet bedöms med utgångspunkt från det värde som skapas för kunden. Dessutom uppnås en bättre överensstämmelse med Självbestämandeprincipen § 2a och § 2b enligt ovan.

Med dessa slutsatser anser vi att vi uppfyllt uppsatsens syfte; att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier.



Figur 5:1 Disposition

5 Summering

Här följer en summering och en diskussion av uppsatsen som syftar till att redogöra för hur vi funnit förklaringar till våra resonemang och vad det skulle innebära att applicera resultatet i ett större sammanhang, förslagsvis på samtliga vård- och omsorgsverksamheter i Sverige.

Syftet med uppsatsen var att klargöra vilken genomslagskraft kundbegreppet har fått inom vårdstrategier. Eftersom kvalitet i andra tjänsteverksamheter grundar sig i kundens förväntningar och slutligen avgörs av det upplevda värdet fann vi det intressant att undersöka i vilken utsträckning patienter likt kunder inkluderas i vårdprocessen. Vi bidrar således i denna uppsats med att klargöra vilken syn på patienten som råder inom hälso- och sjukvården idag, om synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion samt hur synen på patienten kan påverka kvaliteten. De frågeställningar som behandlats i denna uppsats är således följande: *Har synen på patienten förändrats i och med kundbegreppets introduktion? Hur kan synen på patienten påverka kvaliteten i hälso- och sjukvården?*

För att undersöka detta genomfördes såväl dokumentstudier av lagstiftade och vägledande styrdokument som en djupintervju med Utvecklingscentrum vid Region Skåne.

Såväl lagstiftning som visionsdokument säger att organisationen ska utgå från individen. Det har fastställts att hälso- och sjukvården tror att de gör detta men i själva verket utesluts individen. Således är förändringskompetensen kring kundorienteringen bristfällig vilket innebär en låg utbytesgrad samt en låg verkningsgrad och är en förklaring till varför begreppet kund används utan innerbörd. Detta missförstånd grundar sig bland annat i att förbättringsarbetet kring kundorienteringen utgår från teorier som behandlar

industriföretag. Detta trots att hälso- och sjukvården utgörs av människonära tjänster, varför relationsmarknadsföringen visat sig vara mer relevant. Följden av missförståndet konstateras vara att endast ekonomiska värden beaktas vilket innebär att patientens/kundens värdeskapande process glöms bort. Hälso- och sjukvårdens starkt hierarkiska institution har visat sig påverka organisationens förändringsbenägenhet. De anställda formas genom utbildningen i hur de ska tänka, tala, handla i relation till patienten. Följden blir att vårdproducenterna kan känna sig otrygga och ifrågasätta då patientens roll förändras till att verka som aktiv medproducent. För att patienten ska få möjlighet att bli kund krävs därav bland annat att alla berörda parter förstår hur avgörande synen på kunden blir i hälso- och sjukvården. Därav fann vi det vara av största vikt att, som double loop learning innebär, ifrågasätta det som har blivit institutionaliserat i det sociala systemets språk och strukturer. En lösning konstaterades vara att ta hänsyn till diskursens makt som innebär att det är språket som styr människors tankar och handlingar i vardagen. En omdefiniering av hälso- och sjukvården till ett målstyrt tvärprofessionellt team med patienten/kunden som processägare framkom leda till bättre kvalitet.

5.1 Slutdiskussion

Avslutningsvis hävdar vi att uppsatsens resultat kan appliceras på samtliga vård- och omsorgsverksamheter i Sverige. Det vill säga vikten av att omdefiniera alla vård- och omsorgsverksamheter med hjälp av relationsmarknadsföringen samt att se till alternativa organisationsformer. Detta för att förbättra tillämpningen av kundbegreppet och förankra begreppet med hela dess innerbörd. Resultatet väntas vara att patientens/kundens inkluderande som processägare i organisationsschemat leder till att den värdeskapande processen bättre beaktas vilket i sin tur innebär bättre kvalitet. Om vårdproducenter redan i utbildningen fostras till att utgå från kunden och se till situationen uppmuntras en ökad förändringsbenägenhet. En gemensam syn på kunden är av största vikt för ett positivt värdeskapande resultat i de sammanhang där det krävs samordnad vård mellan flera vård- och/eller omsorgsverksamheter så att alla har ett tydligt ansvar och är trygga i sina roller.

Som även nämnts under metodkritiken vill vi dock påminna läsaren om att generaliserbarheten i uppsatsens resultat begränsas av uppsatsens vinkling; att endast undersöka hur ett tjänsteperspektiv på patienten kan påverka kvaliteten i hälso- och

sjukvården. Vi vill således uppmärksamma läsaren på att andra synsätt på patienten självfallet kan leda till helt andra resultat.

Vi får inte glömma att förr eller senare är vi alla kunder i hälso- och sjukvården samt i omsorgen. Det är upp till mig och dig att ta ställning till hur vi vill påverka. Beträffande detta har vi valt att inte problematisera det faktum att patienter kanske inte i alla sammanhang är villiga eller har möjlighet till att agera som kunder med begreppets hela innerbörd. Således problematiseras inte kunden utifrån en aktiv eller passiv roll. Det vi velat påvisa är istället att det finns en poäng med att låta kundbegreppet få en innerbörd för att omdefiniera patientens roll och tillvarata hela kundbegreppets potential.

Det är av stor vikt att samtliga vård- och omsorgsverksamheter inser att de utför människonära tjänster. I detta ser vi att det krävs mer forskning kring att fånga upp, tillvarata och förmedla kunskap i vård- och omsorgsverksamheter som präglas av en stark hierarkisk kultur. För att uppnå detta krävs att såväl vårdproducent som patient/kund utbildas i vad tillämpningen av kundbegreppet innebär. Därtill krävs att ansvar mer än idag fördelas ut på patienten/kunden där hälso- och sjukvården har lärdomar att dra från andra tjänsteverksamheter. Sådana förbättringsprojekt har visat på bättre kvalitet i form av att såväl patienter/kunder som vårdproducenter blivit tryggare i sin roll, ansvar har blivit tydligare och vårdköer har minskat. Således har resultatet av att definiera sig som en tjänsteverksamhet, där patienten/kunden ingår, inneburit både ekonomiska och icke-ekonomiska, det vill säga värdeskapande fördelar. Därav hävdar vi att tillämpningen av kundbegreppet kan bidra till en effektivare vård- och omsorg och hoppas att framtida texter inte behöver skriva om patient/kund utan enbart och självklart skriver om medproducerande kunder.

KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur

Ax et al. (2005). *Den nya ekonomistyrningen*. Malmö: Liber Ekonomi.

Czepiel et al. (1986). *The Service Encounter. Managing Employee/Customer Interaction in Service Business*. Toronto: Lexinton Books.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken, för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Feraz-Nunes, J. et al. (2007). *Hälsoekonomi, begrepp och tillämpningar*. Polen: Pozkal.

Grönroos, C. (2004). *Service management och marknadsföring: en CRM ansats*. Malmö: Liber Ekonomi.

Gummesson, E. (2002). *Relationsmarknadsföring: från 4P till 30R*. Malmö: Liber Ekonomi.

Hallmer et al. (2007). *Systemiskt tänkande, Systemiskt lärande, Systemiska möten: en introduktion*. (red.). Ersta Sköndal Högskola.

Krantz, S-O. (2007). Målstyrda arbetsgrupper. I Thylefors, I (red.). *Arbetsgrupper. Från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lind, J-I. & Skärvad, P-H. (2004). *Nya Team i organisationernas värld*. Malmö: Liber Ekonomi.

Nationalencyklopedins Ordbok (1994). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.

Normann, R. (2000). *Service Management, ledning och strategi i tjänsteproduktionen*. Malmö: Liber Ekonomi.

- Normann, R. (2001). *När kartan förändrade affärslandskapet*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Nordgren, L. (2004). *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Institute of Economic Research. Lund Business Press.
- Nordgren, L. (2005). Konsekvenser av att applicera servicemötets kundbegrepp på hälso- och sjukvård. En kritisk analys. I Corvellec, H. & Lindquist, H. (red.). *Servicemötet: Multidisciplinära öppningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, J. E. & Westrup, U. (2005). När människor arbetar med människor. Lärdomar från sociala tjänsteverksamheter. I Corvellec, H. & Lindquist, H. (ed.). *Servicemötet: Multidisciplinära öppningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Rentzhog, O. (1997). *Processorientering. En grund för morgondagens organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Rönberg, L.(2005) *Hälso- och sjukvårdsrätt. 1982:763*. Lund, Studentlitteratur.
- Sarv, H. (1991). *Bakom framsteg: Om förändringsarbete i företag*. Trygghetsrådet SAF-PTK. Malms Reprotryck AB.
- Sarv, H. (1997). *Kompetens att utveckla: Om den lärande organisationens utmaningar*. Stockholm: Liber AB.
- Storbacka, K. och Lehtinen, J. (2005). *CRM Customer Relationship Management: Leder du dina kunder eller leder dina kunder dig?* Malmö: Liber Ekonomi
- Thylefors, I. (2007). Arbetsgrupper. I Thylefors, I (red.). *Arbetsgrupper. Från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och Kultur.

Muntliga källor

Utvecklingscentrum, Region Skåne. (2008-04-15). *Intervju*. Lindström, B. Direktör. & Albinsson, M. Utvecklingsledare. Lund: Regionshuset.

Nordgren, L. Universitetslektor. (2008-04-29). *Diskussion*. Helsingborg: Lunds universitet, Campus Helsingborg.

Webbdokument

Norén, D. (2005). *Patienten som en resurs*. Partner i vården. Kunskaper, information och nyheter från Praktikertjänst hälso- och sjukvård. Nr. 2. Tillgänglig: <<http://www.praktikertjanst.se/templates/Document.aspx?id=5792>> (Läst 2008-04-04).

SKL. (2008). *Tillgänglig vård*. Tillgänglig: <<http://www.skl.se/artikel.asp?C=3657&A=13616>> (Läst 2008-05-22).

TT. Sveriges Radio Malmö. *Fler skåningar köar för vård*. 2007-10-15. Tillgänglig: <<http://hd.se/skane/2007/10/15/fler-skaaningar-koear-foer-vaard/>> (Läst 2008-05-13).

Övriga källor

2007:3. Westrup, U. & Persson, J. E. (2007). *Gränsöverskridande ledarskap och styrning. Förutsättningar för preventivt arbete med barn och ungdomar*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

B 2007:3. *Framtidens näringsliv. Prognoser, visioner och förhoppningar. Vad händer om experterna spår rätt?* Nutek. Verket för näringslivsutveckling. Elanders Östervåla.

Christiansson, M. & Rooke, L. (2005). *Vårdens Livskraft, kunskap och lärande*. En stödprocess till Skånsk Livskraft, vård och hälsa. Region Skåne.

Nordgren, L. (2006). *”Vårdmatchning”. Utveckla tjänsteproduktiviteten inom sjukvården*. Institutionen för Service management, Lunds Universitet, Campus Helsingborg.

Nordgren, L. (2007). *“Vårdmatchning”. Utveckla tjänsteproduktivitet inom sjukvården.* Institutionen för Service Management, Campus Helsingborg, Lunds universitet.

Nutek. Verket för näringslivsutveckling. (2007). Nya fakta och statistik. Framtidens näringsliv: Vård och omsorg, en framtidsbransch. Nr. 6. *Effektivare vård med patienten i fokus.*

Nutek. Verket för näringslivsutveckling. (2007). *Framtidens näringsliv: Vård och omsorg, en framtidsbransch.* Nutek. Verket för näringslivsutveckling. AB Danagårds Grafiska.

Persson, J. E. & Westrup, U. (2006). *Delivering High Touch Services. Management System Support in Service Organisations.* Presenterad vid EIRASS (The European Institute of Retailing and Service Studies), conference 2006 I Budapest, Ungern.

R 2008:01. *Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer.* Nutek. Verket för näringslivsutveckling. AB Danagårds Grafiska.

R 2007:13. *Sjukvården, en tjänstebransch med effektiviseringspotential. Nya trender mot patientfokus och produktivitet.* Nutek. Verket för näringslivsutveckling.

Region Skåne, Utvecklingscentrum. 2007. *Göra saker rätt, göra rätt saker: Små steg till förbättringar inom Region Skåne.* Hässleholm: AM-Tryck & Reklam.

SKL. 2007. *Strategier för effektivisering. Från ekonomistyrning till kunskapsstyrning, ett arbetsmaterial.* (rev.). Sveriges Kommuner och Landsting. Modintryckoffset.

SOS. 2007. *God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.* Socialstyrelsen. Västerås: Edita Västra Aros AB.

Utvecklingscentrum, Region Skåne. Lindström, B. Direktör. (2008-04-15). *Kompletterande intervju.* E-mail.