

# Personalen i fokus vid kvalitetssäkring inom vård och omsorg

Rapport från Arbets- och miljömedicin ● 2002:3

Personalen i fokus vid kvalitetssäkring inom vård och omsorg  
Inga-Lill Pettersson, psykolog Lena Backman, beteendevetare  
Ola Leijon, ergonom Magnus Lindberg, överläkare Gunilla Pernold, ergonom



**Arbets & Miljömedicin**

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm  
tel 08-517 730 56 • fax 08-33 43 33 • amm@smd.sll.se  
Rapporten finns även på vår webbplats, [www.sll.se/amm](http://www.sll.se/amm).

ISSN: 1651-0321

# Sammanfattning

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter, oavsett om de bedrivs av stat, lands-ting, kommun eller i enskild regi, är sedan 1 januari 1997 skyldiga att arbeta med kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling. Rapporten redogör för de föreskrifter som gäller för kvalitetssäkring och beskriver ett urval av metoder som används inom vård och omsorg. En modell redovisas, som mer specifikt fokuserar arbetsmiljökvaliteten. Rapporten riktar sig främst till verksamhets- och personalchefer, kvalitets- och arbetsmiljöansvariga inom vård och omsorg.

## *Vad går det ut på?*

Kvalitetssäkringssystem omfattar alla aktiviteter i en organisation som påverkar kvaliteten på varor, tjänster och arbetssätt, vilket i sin tur har samband med hur personalen hanteras. Kvalitetssäkring är ett sätt att arbeta som innebär att verksamheten startar en förändringsprocess. De flesta modeller har samma syfte, att systematiskt och kontinuerligt följa upp verksamheten.

I princip går alla metoder ut på samma sak. Utgångspunkten är nuläget, arbetssättet är systematisk förbättring. Organisationen formulerar mål för kvalitetsarbetet. Målen ska vara mätbara, följas upp och arbetet ska utvärderas i relation till de satta målen. Strategier visar vilka vägar man väljer för att nå målen. Handlingsplaner anger konkreta aktiviteter för att nå målen. Framgång kan mätas i kostnadseffektivitet, minskad tidsåtgång, åtgärdade flaskhalsar i vårdkedjan eller bättre arbetshälsa.

## *Vårdkvalitet och arbetsmiljökvalitet går hand i hand*

Även om de flesta kvalitetssäkringsmetoder involverar personal som en delaspekt, fokuseras oftast vårdkvaliteten och mycket sällan personalens arbetsmiljö. Långsiktig kvalitet förutsätter också nöjda medarbetare. Arbetsmiljön måste bli synlig i en helhetssyn på vårdens kvalitet eftersom personalen är förutsättningen för god vårdkvalitet och bra arbetsvillkor är en förutsättning för att rekrytera och behålla personal. Kvalitetssäkring av vård och personalens arbetsmiljö går därför hand i hand. Av stor vikt är därför att även arbetsmiljön kvalitetssäkras i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Föreskriften betonar arbetsgivarens ansvar och arbetstagarens delaktighet och arbetet som en kontinuerlig del i den dagliga verksamheten.

## *Metoden är bara ett verktyg*

Väsentligt är att metod eller modell inte blir ett självändamål utan en hjälp att initiera och skapa systematik och kontinuitet i arbetet. Nyckelordet är dialog. Verklig förändring kräver alla berördas medverkan för att öka engagemang, förändringsvilja och lärande. Chefstöd, tid och resurser är nyckelfaktorer för ett framgångsrikt förändringsarbete.



# Innehåll

SAMMANFATTNING.....	3
1 KVALITETSSÄKRINGSSYSTEM .....	7
1.1 Rapportens innehåll .....	8
1.2 Historik .....	8
1.3 Lagar, föreskrifter och aktörer kring kvalitetssäkringsarbete .....	10
1.4 Kvalitetsstandarder .....	12
1.4.1 Certifiering och ackreditering .....	13
2 NÅGRA MODELLER FÖR KVALITETSSÄKRING ANVÄNDA INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD .....	14
2.1 Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK) .....	14
Utvärdering .....	15
2.2 Balanced ScoreCard (BSC) .....	15
Utvärdering .....	16
2.3 Benchmarking .....	16
2.4 ISIS.....	16
Utvärdering .....	17
2.5 Organisationsgranskning (OG) .....	17
Utvärdering .....	18
2.6 Kvalitet-Utveckling-Ledarskap (QUL).....	19
Utvärdering .....	19
2.7 Kvalitet till er tjänst .....	20
2.8 Dynamic Standard Setting System (DySSSy) .....	20
2.9 Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet (VIPS).....	21
2.10 Kvalitet Ur Patientens Perspektiv (KUPP) .....	21
2.11 Kvalitetssäkra arbetsmiljön (Arbetsmiljörådet 1993) .....	21
3 LÄS MER .....	23
4 REFERENSER .....	24



# 1 Kvalitetssäkringssystem

Kvalitetssäkringssystem kan sammanfattas som modeller eller metoder som omfattar alla aktiviteter i en organisation och som påverkar kvaliteten på varor, tjänster och arbetssätt. Detta har i sin tur samband med hur medarbetarna hanteras inom organisationen. Kvalitetssäkringssystem är ett sätt att arbeta som innebär att verksamheten startar en förändringsprocess. Kvalitetssäkring med varierande modeller fick stor spridning på 90-talet. I brist på en enhetlig svensk metod användes utländska förebilder. Flera modeller för systematiskt kvalitetsarbete utvecklades och revideras. I princip går alla metoder ut på samma sak. Utgångspunkten är nuläget, arbetssättet är systematisk förbättring. Organisationen formulerar utifrån ”kundbehovet” en policy och mål för kvalitetsarbetet. Målen ska vara mätbara, följas upp och arbetet ska utvärderas i relation till de satta målen. Strategier visar vilka vägar man väljer för att nå målen. Handlingsplaner anger konkreta aktiviteter för att nå målen. Framgång kan vara kostnadseffektivitet, minskad tidsåtgång, åtgärdade flaskhalsar i vårdkedjan eller bättre arbetshälsa. Arbets- och synsätt måste integreras i den ordinarie verksamheten, annars är risken att kvalitetssäkringen rinner ut i sanden av brist på tid eller stöd från ledning. Det är väsentligt att metod eller modell inte blir ett självändamål utan en hjälp att initiera och skapa systematik och kontinuitet i arbetet. Nyckelordet är dialog. Verkligen förändring kräver alla berördas medverkan, vilket ökar engagemang, förändringsvilja och lärande.

De flesta kvalitetssäkringsmodeller inom vården fokuserar vårdkvalitet. Att ”kunden” är nöjd är viktigt men anses av forskare inte vara tillräckligt. Långsiktig kvalitet förutsätter också nöjda medarbetare. Arbetsmiljön måste bli synlig i en helhetssyn på vårdens kvalitet. De flesta studier visar att den viktigaste drivkraften i arbetet för personal i vård och omsorgsarbete är att *kunna* ge patienten en god vård- och omsorgskvalitet. Att vara nöjd med den vård och omsorg man ger skapar arbetsglädje. När vårdens resurser minskar samtidigt som vårdtyngden ökar och det saknas personal för att utföra det arbete man har som mål, går arbetsglädjen förlorad och personalens ohälsa och sjukskrivningar ökar. Detta skapar en ond cirkel av arbetsmiljöproblem. Att kvalitetssäkra arbetsmiljön blir då allt viktigare. Personalen är förutsättningen för en god vårdkvalitet och det goda arbetet är en förutsättning för att rekrytera och behålla personal. Kvalitetssäkring av vård och arbetsmiljö går därför hand i hand.

## 1.1 Rapportens innehåll

Rapporten redogör för lagar och föreskrifter som gäller för kvalitetssäkring samt ger en översikt över en del av de metoder som används för att kvalitetssäkra verksamheter inom vård och omsorg. De flesta modeller har samma syfte, att systematiskt och kontinuerligt följa upp verksamheten. Även om de flesta kvalitetssäkringsmetoder involverar personal som en av aspekterna, fokuseras oftast vårdkvaliteten och mycket sällan personalens arbetsmiljö. Detta trots att forskning visat att nöjd personal ökar effektivitet och lönsamhet i organisationen (West & Patterson, 1998). Av stor vikt är därför att arbetsplatser i vård och omsorg verkar för en god hälsa på lika villkor för både patienter och personal och att även arbetsmiljön kontinuerligt kvalitetssäkras i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Föreskriften betonar arbetsgivarens ansvar och arbetstagarens delaktighet i detta arbete som en kontinuerlig del i den dagliga verksamheten. I rapporten redovisas även en modell som mer specifikt fokuserar arbetsmiljö kvaliteten.

Rapporten riktar sig främst till chefer, personalchefer, verksamhets-, kvalitets- och arbetsmiljöansvariga inom vård och omsorg.

## 1.2 Historik

Kvalitetssäkringssystem som idé i hälso- och sjukvård kom från näringslivet och innebar fortlöpande kvalitets- och produktivetsförbättring i organisationen genom att följa varje steg i produktionskedjan (Miller, 1993). Att förebygga fel och göra rätt från början var en besparing. Från industrin överfördes systemen till privata tjänsteföretag och därifrån vidare till offentlig sektor. Kvalitetsforskning kom alltmer att handla om kvalitetssäkringssystem i tjänsteverksamhet. Kvalitet som kundupplevelse blev en internationell definition. Kvalitetssäkring avsåg alla sammantagna egenskaper hos en produkt, vara eller tjänst, som tillfredsställde kundens uttalade eller underförstådda krav. Vad detta betyder förklarar Gummesson (1993):

alla sammantagna egenskaper anger en helhetssyn, dvs. kunden anses inte köpa en serie lösa komponenter eller aktiviteter som värderas var för sig.

produkt syftar på den helhet man erbjuder som består av en kombination av vara och tjänst

tillfredsställa...behov anger en kundorienterad inställning

uttalade eller underförstådda anger att kunden ibland inte kan hävda sina behov och att leverantören aktivt måste sträva efter egen tolkning och förståelse



Med kund menas den man arbetar för eller tillsammans med. I offentlig verksamhet kan kunden även vara politiker i rollen som medborgarföreträdare och kraven finns då i mål, lagar och regler. Oftast handlar kvalitet i tjänster om förhållandet mellan vad kunden förväntar och hur kunden upplever tjänsten (Lagher & Heinberg, 2000). Mänskliga relationer blir viktiga eftersom kvaliteten är beroende av samspelet mellan personal och kund även om kvalitet också gäller utrustning och lokaler, som kunden berörs av (Gummesson, 1993). I forskningen nämns tre aspekter av kvalitet i vårdorganisationer (Donnabedian, 1988). Samtliga ryms i kvalitetsbegreppet även om kunskapen om samband mellan de tre brister. Aspekterna hänger ihop på så sätt att en god struktur ökar sannolikheten för en god process och en god process ökar sannolikheten för ett bra utfall (Thomsen, 2000).

- 1) Struktur (=förutsättningarna att ge vård t.ex. personal, materiella resurser, organisationsstruktur)
- 2) Processkvalitet (=vad som händer när vården ges)
- 3) Utfallskvalitet (=vilken effekt vården har på vårdtagaren)

På 1980-talet blev totalkvalitet (Total Quality Management) en allmän ledningsfilosofi med ett nytt sätt att hantera kvalitet. Kvalitet handlade då om hur organisationer planerar, utvecklar, tillverkar och levererar produkter och tjänster och behandlar sina anställda. Totalkvalitet gällde effektivitets- och kvalitetsutveckling i både kärn- och stödverksamhet. Praktiska metoder utvecklades och alla skulle engageras i arbetet. TQM omfattade organisationens struktur och roller, verktyg och processer, utbildning och träning, belöningsstrategier samt regelbunden kommunikation. Organisationen liknades vid en effektiv motor som skulle tillgodose kunder både inom och utanför organisationen (Lagher & Heinberg, 2000).

Kvalitetsrörelsen handlade om styrningsformer i företag och offentlig sektor och var en del i New Public Management - en ny internationell trend av reformer i offentlig hälso- och sjukvård de senaste tio åren med Storbritannien som föregångsland (Bejerot & Hasselbladh, 2001). Idéer hämtades från den privata sektorn till offentlig hälso- och sjukvård, som tidigare styrts efter andra värderingar och principer (Blomgren, 1999). Rörelsen fick kritik i Läkartidningen (1997) för att problem och lösningar formuleras långt bort från vårdens verksamhet och för att politiker fritas från ansvar.

Kvalitetssäkringsidén infördes i svensk hälso- och sjukvård i mitten av 80-talet av dåvarande Spri (Spri upphörde vid årsskiftet 1999/2000), Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Bakgrunden var en rapport till regeringen som påvisade minskad produktivitet och att man ville värna om vårdkvaliteten inför nya besparingar. Kvalitetssäkring sågs som en lösning både på att mäta och värdera kvalitet i hälso- och sjukvården och samtidigt förbättra produktiviteten. Kvalitetssäkring blev därmed både en statlig granskning och en process (Erlingsdottir, 1999).

Spri inspirerades av kvalitetsstandarden ISO 9000 (se sid. 10) och TQM (se sid. 7) i privata näringslivet men också av kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård i andra länder, främst USA. Efter 1987 samordnades Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen till Nationella Samrådsgruppen för kvalitetssäkerhet i hälso- och sjukvården (Spri, 1990). Socialstyrelsen fick ett övergripande ansvar för kvalitetssäkringen, Landstingsförbundet skulle förankra idén hos huvudmän och politisk ledning och Spri skulle utveckla metoder och modeller och tillsammans med Socialstyrelsen sprida information och kunskap. SIQ (Svenska institutet för Kvalitetsutveckling), en stiftelse med uppgift att främja kvalitetsutveckling i samhället, bidrog till spridningen av idéerna genom information, utbildning, forskning och utveckling och genom att ansvara för Utmärkelsen Svensk Kvalitet.

Arbetsmiljöns betydelse för kvaliteten i tjänster har först senare förts in i diskussionen. Liukkonen (2000) betonar vikten av att också redovisa personalen när man följer upp verksamheten, något som också påpekats av Landstingsrevisorerna i Stockholm. Liukkonen markerar vidare att metoden inte får bli ett mål i sig utan ett medel.

”Att använda en ny metod är inte målet med utvecklingsarbetet utan enbart en metod. Medlet har ofta blivit huvudfrågan och målet har fått stå tillbaka” ....”Mål rörande kvalitet, medarbetare och process är ofta allmänt hållna och därmed svåra att följa upp. Revisorerna finner det angeläget att landstingskontoret och Socialstyrelsen tar initiativ till att utveckla verksamhetsrapporteringen så att den systematiskt fångar upp flera aspekter av verksamhetens resultat”.

### 1.3 Lagar, föreskrifter och aktörer kring kvalitetssäkringsarbete

Kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård med hjälp av kvalitetssäkringsmetoder bedrevs inte i Sverige före 1985 och direkta krav på kvalitetsarbete finns inte i HSL<sup>1</sup> förrän 1997. Före 1997 ställde samhället krav på hälso- och sjukvårdens kvalitet i andra rutiner eller lagar. HSL (SFS 1982:736; 1982:863) lagstadgar vård av god kvalitet och på lika villkor, patientens trygghet och kvalificerad och kompetent personal i vården. Enligt Åliggandelagen (SFS 1994:863; SFS 1994:953) ska sjukvårdens personal utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Andra sätt att upprätthålla kvaliteten, förutom yrkesetiska riktlinjer och legitimeringskrav för vissa vårddyrken, har skett genom patientorganisationer, patientombudsman, förtroendenämnd, patientförsäkring och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet och beslutar om föreskrifter. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska granska och utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder med avseende på kostnader, risker och nytta (Blomgren, 1999).

År 1992 antog Sverige WHO-programmet ”Hälsa för alla”, som innehöll ett delmål om kvalitetssäkring. 1993 beslutade Socialstyrelsen om föreskrift för kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård samt tandvård (SOSFS<sup>2</sup> 1993:9). Föreskriften gav chefsöverlä-

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdslagen

<sup>2</sup> Socialstyrelsens föreskrift

kare i vård respektive sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård ansvaret för att bedriva och utforma kvalitetssäkringsarbete. Föreskriften innebar krav på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att driva fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete inklusive målbeskrivning, värdering av verksamheten, åtgärder, uppföljning och utvärdering. För övrig hälso- och sjukvårdspersonal var föreskriften vägledande. Ansvar för att bestämma vad som var vårdkvalitet låg på de professionella organisationerna.

Bakgrunden till föreskriften var att det, trots en stor flora av metoder, saknades tillräckligt stöd från chefer och administrativ ledning. Nationella Samrådsgruppen kom därför fram till att det saknades ett ”styrinstrument”, som gav incitament för kvalitetsarbetet. Men inte heller föreskriften från 1994 fick någon stor genomslagskraft, delvis beroende på att man på många håll redan påbörjat kvalitetsarbete men också på att många läkare upplevde sig kontrollerade (Erlingsdottir, 1999).

Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitetssäkring (SOF 1996:24), som ersatte SOSFS 1993:9, innebar att all hälso- och sjukvård skall ha system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten (Lagher & Heinberg, 2000). Tanken var inte detaljstyrning utan snarare egenkontroll av verksamheten. Det fanns inte heller krav på heltäckande system eller att använda någon särskild modell (Landstingsförbundet, 1997). Detta uttrycks:

All hälso- och sjukvårdsverksamhet skall ha kvalitetssystem för planering, utförande, uppföljning, utveckling.

Patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet skall säkerställas.

Vårdgivaren ansvarar för att varje verksamhet har ett kvalitetssystem och verksamhetschef/motsvarande ansvarar för att bestämma ett lämpligt kvalitetssystem.

Hälso- och sjukvårdspersonal skall medverka i systematiskt, fortlöpande, dokumenterat kvalitetsutvecklingsarbete.

Krav på kvalitetssystem, egenkontroll och erfarenhetsåterföring och dokumentation.

Riksrevisionsverket kritiserade föreskriften med att sjukvården hotades av en ”kontrollapparat” och att den inte levde upp till krav på ökad egenkontroll och föreslog ny lag om skyldighet att bedriva egenkontroll och att SoS ska utöva tillsyn. Detta ledde till en lagändring i HSL från 1 juli 1997 (se SFS 1996:785; SFS 1996:787) som innebar:

Formella krav på kontinuerligt kvalitetsutvecklingsarbete samt egenkontroll för samtliga vårdgivare.

SoS fick ny möjlighet till insyn, kontroll och sanktion av vårdgivare.

Lagen gäller fr.o.m. 1 januari 1997 all hälso- och sjukvård oavsett om den bedrivs av stat, landsting, kommun eller i enskild regi. Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter är därmed skyldiga att arbeta med kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling (Läkartidningen, 1997).

Erlingsdottir (1999) påpekar att kvalitetssäkring enligt lagen - ”aktiviteter för att se till att rätt saker görs på rätt sätt” - är intressant att jämföra med den definition på effektivitet och produktivitet, som fanns i rapporten till regeringen 10 år tidigare. Hennes slutsats är att lagen 1997 ger möjlighet till kontroll och att kvalitetssäkring blivit ett sätt att styra och kontrollera verksamheter. Hon påpekar vidare att trots att kvalitetssäkring nu är lag har varken Socialstyrelsen eller annan myndighet total kontroll över *hur* kvalitetssäkringsprocesser inom hälso- och sjukvård sker eftersom standard eller modell saknas. Socialstyrelsen och Spri arbetade vidare för att finna en nationell kvalitetssäkringsmodell anpassad till lagen.

#### 1.4 Kvalitetsstandarder

En internationell standard för kvalitet finns i standardiseringssystemet ISO 9000 (9001-9004) antagen 1993 av ett 60-tal länder. ISO (International Organization for Standardization) ger en norm för hur man skapar kvalitet i produkter och tjänster sett utifrån kundens krav. Standarden är identisk med Europastandard (EN 29000) och svensk standard (SS-ISO 9000). En serie standarder beskriver hur organisationen med hjälp av ett kvalitetssäkringssystem kan leda, styra, utveckla och följa upp verksamheten samt riktlinjer för vad som bör ingå, som t.ex. att tydligt strukturera och dokumentera organisationen, fördela ansvar och skriva policyrutiner och instruktioner för hur arbetet ska utföras (Miller, 1993). Landstingsförbundet (1997) anger hur ISO 9000 kan tillämpas i vårdorganisationer genom att man talar om vad man gör, gör som man sagt, visar vad man gjort, undersöker om det blev som man tänkte och förbättrar det som kan bli bättre. Kvalitet är komplext, varför det är mera oklart i offentlig sektor *vad* man ska mäta. ISO 9000 har likheter med Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK).

Kvalitetstävlingar har under senare år fått stor betydelse. Utmärkelsen Svensk Kvalitet utdelades första gången 1992 av Svenska Institutet för Kvalitetsutveckling (SIQ). Den svenska kvalitetsutmärkelsen bygger på en utvärderingsmodell, som också kan användas som hjälpmedel i kvalitetsarbetet i både näringsliv och offentlig verksamhet. Offentliga verksamheter kan jämföra sig med privata företag och kund kan vara köpare, vårdtagare, kommun, stat m.fl. (Miller, 1993). Utmärkelsen Svensk Kvalitet blir då styrinstrument för:

- Ledarskap (mål, skapa förutsättningar)
- Medarbetarnas delaktighet och kompetens
- Ansvar och befogenheter
- Stödprocesser

Av ISO 9000 framgår att "Kvalitetssäkringssystem inte behöver vara mer omfattande än som är nödvändigt för att uppfylla kvalitetsmålen". ISO 9000 godkänner när standard uppnåtts.

USK och ISO 9004:2 är riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsorganisationer. USK har poängskala knuten till kriterierna och procentnivåer med förbättringsutrymmen. Eftersom kriterierna lämnar utrymme för tolkning ställs krav på utvärderaren. USK har tagits fram av sjukvårdspersonal med representanter för landsting, sjukhus och primärvård, Läkarförbundet, Läkarsällskapet, Vårdförbundet och Svensk Sjuksköterskeförening, på uppdrag av Landstingsförbundet, Spri och Socialstyrelsen.

#### 1.4.1 Certifiering och ackreditering

Kvalitetssäkringssystem kan certifieras genom att ett godkänt certifieringsorgan bedömer systemet gentemot en kravstandard. Däremot går inte att certifiera mot standarden ISO 9004-2 för tjänsteproducerande organisationer (Lagher & Heinberg, 2000).

Medan certifiering av kvalitetssäkringssystem i hälso- och sjukvården finns i England, saknar Sverige certifieringsorganisation och nationella kvalitetsmål, varför krav på kvalitetssäkringssystem i stället innebär att det finns mätbara mål, fastställda av verksamheten (Kvalitet i vården, 1994).

Kvalitetssäkring och ackreditering är två modeller med gemensamma drag. Medan kvalitetssäkring enligt lag syftar till att få en helhetsbild över hur kvalitetssäkringsprocesser i hälso- och sjukvård sker trots att kontrollerbar standard eller modell saknas, visar ackrediteringsidén i stället en kontrollerad process, som bemöter EG-direktiven. Ackreditering är inriktad på arbetsrutiner och utrustning och är ett något snävare begrepp än kvalitetssäkring, som snarast blir en kontroll av *hur* arbetet görs än *vad* som görs. Styrelsen för svensk ackreditering (SWEDAC) håller i svensk ackreditering, som bygger på EU-standard och ISO 9000 och främst är avsedd för laboratorier. Ackreditering används sedan 1995 när svenska sjukhus-laboratorier sines emellan konkurrerar om att sälja sina tjänster (Erlingsdottir, 1999).

## 2 Några modeller för kvalitetssäkring använda inom hälso- och sjukvård

En enkät till högre chefer och klinikchefer i svenska landsting kring ledningsmodeller för systematiskt kvalitetsarbete visade att 77-87 % använde kvalitetssäkringssystem i någon form (Bejerot & Hasselbladh, 2001). Vanligaste modellen i hälso- och sjukvården var **Qualitet, Utveckling, Ledarskap (QUL)**, mest använd i geriatrik och tandvård medan **Organisations-granskning (OG)** oftare förekom i psykiatri och primärvård.

Tabell 1: Använda kvalitetssäkringsmetoder i de svenska landstingen. (Ur Bejerot & Hasselbladh, 2001, tabell 3)

Kvalitetssäkringsmodell	Psykiatri %	Geriatrik %	Primärvård %	Tandvård %	Sjukhusklinik %
Använder en/flera modeller	79	81	77	87	79
QUL/TQM	48	53	29	58	45
OG	17	9	17	3	12
LOTS	17	15	11	13	15
BSC	7	28	12	19	14
Benchmarking	4	12	6	16	13
Kvalitet till er tjänst	11	22	18	26	15

Nära 80 % av högre chefer och 60 % av klinik-/verksamhetschefer svarade att man använde mer än en modell för systematiskt kvalitetsarbete.

### 2.1 Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK)<sup>3</sup>

Modellen används internt i svensk sjukvård för analys och utvärdering och kvalitetsutveckling av den egna verksamheten. En extern bedömning av effektiviteten i kvalitetsarbetet är möjlig genom att man deltar i tävlingen Utmärkelsen Svensk Kvalitet. En version för vården utprovades i Sverige på flera sjukhus och vårdcentraler med utbildning av examinatoreer och jämförelser med internationell standard ISO 9000. Grundvärderingar i USK är:

- Kundorientering (mål att tillgodose kundbehov)
- Ledarskap (aktivt, synligt ledarskap för att sätta mål, skapa förutsättningar)
- Allas delaktighet
- Medarbetarkompetens

<sup>3</sup> Kvalitet i vården, 1994

- Långsiktiga mål
- Samhällsansvar
- Processorientering (som grund för ansvar/befogenheter, för att förbättra flöden, organisation, värden)
- Förebyggande åtgärder
- Ständiga förbättringar
- Vidareutveckling genom att jämföra och lära av andra
- Snabbare reaktioner
- Faktabaserade beslut och Samverkan.

Kundorientering anknyter till HSL ("kund" är den man finns till för). Krav på kompetens, faktabaserade beslut, samverkan och allas delaktighet finns formulerade i Socialstyrelsens föreskrifter och samverkansavtal liksom värderingar kring organisation, långsiktighet, processorientering, förebyggande åtgärder, ständiga förbättringar, lära av andra och snabbare reaktioner. Processorientering i vård är styrning och värdering av kvalitet utifrån vårdkedjan (patientens väg genom vården). Att följa upp är att beskriva och värdera. Sju kriterier och 29 delkriterier poängberäknas och ger tillsammans en helhetsbild av hur organisationen fungerar.

#### *Utvärdering*

Utvärderingen visade att USK sågs som ett användbart instrument för systematisk utveckling och utvärdering av kvalitet i hälso- och sjukvård. Den ursprungliga modellen kritiserades för att terminologin uppfattades som främmande för vården (bl.a. kundbegreppet) och för dålig anpassning till vårdens värderingar och krav. Språket uppskattades efter hand och gav möjlighet till reflektion. Poängskalan bör användas då den fokuserar patienttillfredsställelse och kvalitet i verksamhet, processer och resultat. Utvärderingen visade vidare att kvalitetssäkringsarbete tar tid samt att utbildning och centralt stöd behövs i utvecklingsprocessen.

## 2.2 Balanced ScoreCard (BSC)

The Balanced ScoreCard eller Balanserade styrkort (Kaplan & Norton, 1990) är en modell för strategisk styrning av organisationer. Metoden introducerades på 1980-talet som styrhjälp i amerikanska företag. I praktiken innebär metoden att uppgifter om kunder, ekonomi, intern organisation och anställda redovisas var för sig. BSC<sup>4</sup> sprids till allt fler landsting och regioner. Landstingsförbundet driver lärande nätverk kring metoden sedan 1999. Ursprungsidén var ett styrsystem för administrativt inflytande över professionell verksamhet i organisationer, som infört nya marknadsmodeller. BSC syftar till att utifrån flera perspektiv: 1) Kundperspektiv, 2) Finansiellt perspektiv, 3) Processperspektiv, 4) Förnyelse och utvecklingsperspektiv, 5) (Medarbetarperspektiv) - utveckla kunskap om verksamhetsuppföljning med koppling till visioner och mål. Till en början kopplades perspektiven till en orsakverkanprocess.

---

<sup>4</sup> Metoden kallas ibland Balanserad Verksamhetsstyrning (BVS)

### *Utvärdering*

BSC som modell för strategisk styrning har kritiserats starkt från forskarhåll eftersom ekonomistyrningsreformernas främsta syfte var att reducera kostnaderna. Metoden behövde utvärderas för att bli mera attraktiv för verksamheter, politiker, administration och profession. Erfarenheter från försöksverksamhet med modellen utvärderades inom fem landsting med minst 2 års erfarenhet (Aidemark L-G., 2001).

BSC bedömdes värdefullt för att jämföra verksamheten med sig själv i ett kontinuerligt kvalitetsarbete men inte för jämförelser mellan kliniker, sjukhus eller landsting. Mindre intresse fanns för att använda modellen som styrning och kontroll ovanifrån eller som system för att bedöma prestation och ersättning. En betydelseförskjutning från den ursprungsidén - strategiskt styrsystem - hade alltså skett vid implementering i sjukvårdsorganisationer (Czarhiawska & Sevon, 1996) från ett mätsystem för styrning till ett hjälpmedel för mätning. Efter revidering bedömdes BSC lämpligt för organisationer i vård och i administration av vård om förutsättningen är bred förankring hos personalen och syftet är ett hjälpmedel för kontinuerlig jämförelse med sig själv på klinisknivå. Med dessa förutsättningar ger metoden en plattform för att diskutera mål och strategier och stimulerar till lärande i diskussioner om patienter, processer, medarbetare och ekonomi. BSC leder då till bättre samverkan kring målen (Aidemark L-G., 2001).

### 2.3 Benchmarking

Benchmarking är en använd teknik i kvalitetsstyrningen. Ordet betyder jämförelsepunkt och innebär att organisationen punkt för punkt jämför sig med den organisation som är bäst för att bli lika bra. I enskilda delar eller frågor kan man även jämföra sig med företag i andra branscher (Gummesson, 1993). Syftet kan då vara att förkorta svars- eller ledtid eller reagera snabbare på förändring, vilket är viktiga moment i kvalitetsarbetet.

Grundvärderingen är att kvalitetsarbetet ska bygga på en helhetssyn. Problemen ska definieras. Alla ska involveras. Alla ska leva upp till kraven. Man ska kontrollera att det genomförs. Chefen ska ha kommunikation som utgångspunkt och varje medarbetare ska aktiveras och motiveras för att målen ska nås (Miller, 1993).

### 2.4 ISIS

ISIS<sup>5</sup> kvalitetsutvecklingsverktyg, som kom 1990 var det första direkt anpassat för tjänste-produktion utvecklat genom varvning av teori och praktik. Syftet med ISIS var ett verktyg att bygga upp egna kvalitetssäkringssystem för mätning, utveckling, styrning, ledning och revision i en tjänsteorganisation.

---

<sup>5</sup> ISIS Kvalitetsinstitut AB -ett konsultföretag grundat 1986 av Leif Drambo, framtidsforskare under 1980-talet



Verktyget stimulerar systematiskt, fortlöpande och dokumenterat kvalitetsarbete för att kontinuerligt kunna tillgodose kunden genom att öka kundnyttan, höja produktiviteten, sänka kostnaderna och stärka medarbetarnas motivation och kompetens. Krav är att ledningen är engagerad och föregår med gott exempel samt alla anställda involveras i kvalitetsarbetet. ISIS uppfyller kraven i internationell standard för kvalitetssäkringssystem ISO 9001 och ISO 9004-2 och i Utmärkelsen Svensk Kvalitet.

Ett urval av personer deltar i kvalitetsseminarier under tre dagar. Deltagarna får en pärm som beskriver ISIS. Dessa personer ingår därefter i en kvalitetsgrupp och handleder övrig personal i kvalitetscirklar, ordinarie arbetslag eller arbetsgrupper. Processen tar ungefär ett år. Till hjälp finns en Kvalitetshandbok för tjänster. Varje möte motsvarar en halv arbetsdag. Man arbetar fram en kvalitetsstruktur och genomför personal- och kundenkät. Tillfredsställelse hos personal, Arbetsplatsindex (API) och Nöjd kundindex (NKI) beräknas utifrån enkätresultatet.

#### *Utvärdering*

Kvalitetsarbete med ISIS har utvärderats i en gymnasieskola (Lundgren,1996). Berörda parter ville fortsätta kvalitetsarbetet, de flesta av personalen ansåg att de förändrat sitt arbetssätt, skolledningen tog elevernas åsikter på allvar och eleverna ansåg sig få gehör för sina åsikter. Erfarenheterna visade också att förändringar tar tid. Från en annan utvärdering av ISIS gjord av Lahger & Heinberg (2000) framgick att det fanns en bred okunnighet och stora brister i uppfattning om uppgift och mål för kvalitetsarbetet, begreppen och vilka värderingar som kvalitetsarbete bygger på. 60-80% ansåg inte att kvalitetsarbetet påverkat deras sätt att arbeta. Motivation och engagemang var lågt eftersom man inte insåg nyttan av ISIS.

## 2.5 Organisationsgranskning (OG)

Nationella Samrådsgruppen lät översätta och utvärdera Organisationsgranskning som en tänkbar nationell modell då en enhetlig svensk kvalitetssäkringsmetod för vården saknades. OG var baserad på den engelska Organizational Audit programme från 1989, som hade hämtat inspiration från Australien, i sin tur inspirerad av Canada, som utgick från en amerikansk ackrediteringsmodell. Den engelska manualen överstattes till svenska 1993.

OG bygger på en klassisk modell för analys av vårdkvalitet, som skiljer på struktur-, process- och resultat kvalitet. OG var tänkt både för statlig kvalitetsgranskning och för kvalitetssäkring som en process med momenten problemlösningsidentifiering, fastställande av kriterier och standarder, mätning av faktisk kvalitet, värdering av mätresultat, analys av orsaker till kvalitetsbrister, åtgärder för att förbättra kvaliteten samt uppföljning av effekterna. Självskattningsformulär används, initierade från sjukhusledningen. Extern bedömning med muntlig och skriftlig återkoppling på alla nivåer gör alla delaktiga i kvalitetsarbetet (Lahger & Heinberg, 2000).

Syftet med OG är att stimulera medarbetare i hela organisationen till aktiv medverkan i ett systematiskt arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling. Metoden är avsedd för verksamheten på vårdgolvet, vilket innebär att ”alla ska ha läst manualen”. Inga direkta rekommendationer finns i manualen för hur arbetet ska gå till. Manualen är indelad i 6 områden: 1) sjukhusledning, 2) kliniken, 3) medicinsk service, 4) vårdenheten, 5) administration och teknisk försörjning, 6) övrigt. Till varje område hör ett antal frågor.

- Är mål, planer, rutiner, processbeskrivningar framtagna utifrån patient/kundbehov, aktuell kunskap och utveckling?
- Sker genomförandet på ett sätt som leder till att alla berörda känner till och förstår innebörden
- Genomförs fortlöpande, systematisk och dokumenterad uppföljning och utvärdering av effekterna?
- Finns system för återföring som underlag för lärande och verksamhetsutveckling i organisationen?
- Finns system för revidering om förutsättningar ändras och/eller om avsedda effekter inte uppnås?

OG fungerar inom olika vårdspecialiteter och bör användas på hela sjukhuset för att hålla ihop organisationen i stället för på enskilda kliniker. Instrumentet har utvecklats så att patientomhändertagandet numera genomsyrar hela instrumentet i stället för att hanteras separat.

Implementering - en process på ca ett år - startar med information till representanter för sjukhuset och dess ledning, varefter diskussion förs med representanter för alla berörda i organisationen. Självskattning med enkät görs efter 6 månader och extern granskning efter ett år av ett tvärprofessionellt team, som ger muntlig och skriftlig återföring till sjukhuset. Alla nivåer i organisationen granskas – alla blir delaktiga i kvalitetsarbetet. Roller fördelas för arbetet till Styrgrupp (inkl sjukhusdirektör, chefsläkare), Sjukhussamordnare (utbildad), Basenheternas kontaktpersoner, Granskningsamordnare och Granskare. Erfarenhetsutbyte mellan sjukhus sker vid utbildningsdagar. Nätverksbyggande är viktigt i processen. Idén är kontinuerlig utveckling i samarbete med användarna.

#### *Utvärdering*

Modellen är prövad på flera sjukhus. Åren 1991-95 utvärderades den för Socialstyrelsens räkning vid universitetssjukhuset i Lund, därav Lundamodellen (Erlingsdottir, 1999). Utvärderingen visade att granskningen var inriktad på hur arbetet genomfördes, inte vad man gjorde. Efter utvärderingen 1995 avstannade uppföljningsarbetet, kvalitetsrådet och centrala initiativ till kvalitetssäkring på sjukhuset rann ut i sanden. OG blev där mera ett projekt än en process. Modellen var inte ”synlig” på golvet då flertalet anställda inte var delaktiga i att besvara manualens frågor. Av en annan utvärdering (Lahger & Heinberg, 2000) framgick att mål för kvalitetsarbetet blandas ihop med avdelningens mål.

Man klagar på tidsbrist och anser frågorna svåra. OG blev inte den nationella kvalitetssäkringsmodell som Socialstyrelsen avsett, men den ligger till grund för den lagändring som skedde i HSL från jan 1997. Flera modeller är generellt uppbyggda enligt denna basmodell (Erlingsdottir, 1999).

## 2.6 Qualitet-Utveckling-Ledarskap (QUL)

Qualitet, Utveckling, Ledarskap är ett ledningsinstrument, framtaget av Landstingsförbundet för kvalitetsutveckling i svensk hälso- och sjukvård och tandvård. Enligt kriterier och anvisningar (Landstingsförbundet, 1996/97), bygger QUL på grundvärderingarna och kriterierna i svenska USK, som tillämpas inom landsting, kommuner, skolor, försvaret och olika företag efter anpassning till lokala förutsättningar. Grundvärderingarna kännetecknar framgångsrika organisationers verksamhet (se s.12). Förklaringar lyfter fram det specifika för hälso- och sjukvård och underlättar tolkningen av kriterierna. Instrumentet ska även fungera som grund för benchmarking. Baserat på QUL, har Landstingsförbundet därför utlyst Kvalitetsutmärkelsen Svensk Hälso- och Sjukvård, riktad till offentligt finansierad hälso- och sjukvård för opartisk bedömning av specialutbildade examinatorer. Medan QUL ska stimulera till utveckling av den egna verksamheten, lyfter kvalitetsutmärkelsen fram föredömen. QUL riktar fokus mot patienten, som vårdverksamheten är till för. Metoden värderar det systematiska arbetssättet och resultaten medan organisationen själv kan välja vilka metoder man använder. Delar av eller hela verktyget kan användas. Ett flertal organisationer arbetar med verktyget, bl.a. inom Stockholms läns landsting.

Kvalitetsutveckling med QUL sker i tre steg; beskrivning, utvärdering och förbättring av verksamheten. QUL består av ett antal huvud- och delkriterier. Strukturen är uppbyggd kring fyra frågor (Hur gör ni; I vilken omfattning; Vart leder det; Hur utvärdera och förbättra). Dessa ställs mot sju aspekter (huvudkriterier) på organisationen – ledarskap, information/analys, strategisk planering, medarbetarutveckling, verksamhetens processer och resultat och kundtillfredsställelse, vilka i sin tur indelas i 29 delkriterier. Noggrann redogörelse finns för hur man går tillväga. Varje kriterium ger poäng.

En grupp av 4-6 examinatorer bedömer angreppssätt, tillämpning och resultat utifrån uppsatta mål samt gör en sammanvägning av dessa aspekter. En skriftlig "återföringsrapport" visar styrkor och förbättringsmöjligheter och kan användas som förbättringsplan.

### *Utvärdering*

Kritik har riktats mot metoden. Frågorna är väl detaljerade. Arbetet med QUL upplevs i början som verkningsfullt men krävande i engagemang, tålamod och tid. QUL kräver goda ledare, som kan uppmuntra och driva arbetet samt motiverad personal (Lahger & Heinberg, 2000). En jämförelse mellan OG och QUL visade att OG granskar allt medan QUL endast granskar deltagare i Utmärkelsen. QUL uppfattas som mera påtaglig för medarbetarna på golvet (Erlingsdottir, 1999).

## 2.7 Kvalitet till er tjänst

Metoden är ett utbildningsprogram för utveckling och förbättring av kvalitet i tjänste- och produktionsföretag och är utvecklat i samarbete med ProMentor Management A/S, som är marknadsledande inom Totalkvalitet i Danmark. Syftet är att på samma gång nå ökad kundtillfredsställelse, ökad lönsamhet och ökad arbetsglädje.

Medarbetare utbildas i studiecirkelform 2,5-4 timmar = totalt 10-16 timmar för att diskutera och förstå frågor som Varför kvalitet; Kostnader; Att mäta kvalitet; Att förbättra kvalitet. Utbildningen varierar för produkt- och tjänsteversioner men innehållet är detsamma. "Kvalitet till er tjänst" genomförs av organisationens egna medarbetare. Interna handledare (t.ex. avdelningschef, gruppchef, arbetsledare) genomgår speciell utbildning. Utbildningshuset har dokumenterat utbildningsprogram med videofilmer och arbetsböcker för handledare och deltagare.

För framgång i kvalitetsförbättring uppmärksammas att ledningen måste delta aktivt, kvalitetsprocessen måste "säljas" internt, processen planeras och genomförs med aktivt deltagande av alla medarbetare, ledningen ska vilja investera i nödvändig träning för medarbetare, resultaten mäts och kommuniceras löpande samt att arbetet kräver uthållighet.

## 2.8 Dynamic Standard Setting System (DySSSy)

DySSSy är en modell för kvalitetssäkring av omvårdnadsinsatser utvecklat av Dr Alison Kitson, Royal College of Nursing 1990, tillämpad i England och anpassad till svenska förhållanden av Svensk Sjuksköterskeförening och Vårdförbundet (svensk övers 1991 av Ron Gustafson). Metoden är en hjälp att systematiskt beskriva, mäta, värdera och vidta åtgärder för bättre effektivitet och kvalitet i vårdinsatser. Modellen kan användas för andra områden än omvårdnad och av andra än sjuksköterskor. Den inkluderar studiematerial och OH-bilder att användas i grupp.

DySSSy används i kvalitets- eller studiecirkel 1,5-2 timmar/gång var fjortonde dag med två cirkelledare och tillgång till handledare. I cirkeln sker probleminventering, val av målgrupp samt diskussion om resurser, hur arbetet ska ske och vad man ska göra. Gruppen bör ha kompetens inom arbetsområdet, representera arbetsplatsen, kunna ta ansvar samt ha en vilja till förändring. Stöd ges från en kvalitetskommitté på sjukhusnivå. Arbetet genomförs i olika faser; formulering av mål och kriterier för struktur, process och resultat, utveckling av mätinstrument och av handlingsplaner. Standarder baserade på DySSSy ägs av personal på vårdavdelningarna.

Modellen är enkel, metoden problembaserad och vårdpersonalens egna kunskaper och erfarenheter tas tillvara. En förutsättning för att lyckas är att engagera all personal med patientkontakt. Andra förutsättningar är engagemang, gemenskap, utveckling av ansvar och kompetens samt tålmodigt arbete. Förankring och stöd från arbetsplatsens ledning är nödvändigt. Metoden har använts på flertal kliniker och avdelningar vid olika sjukhus i landet.

## 2.9 Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet (VIPS)

VIPS (Ehnfors, m.fl.,1998) är en modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournal med hjälp av sökord och bygger på de övergripande fyra målen för omvårdnad, som ingår i modellens namn. VIPS utgår från en klassisk modell med tre aspekter på kvalitet (se sid. 7) för att organisera arbetet med att bedöma vårdens kvalitet. Strukturkvalitet kan uppnås med ett bra dokumentationssystem. Visar dokumentationen också vad som händer i vårdprocessen och vilken effekt vården har på patientens hälsa och välbefinnande, kan alla tre aspekterna kvalitetssäkras. Modellen har utarbetats i samarbete med praktiskt arbetande sjuksköterskor. Modellen är inte bunden till en enda teoretisk modell och kan användas för olika dokumentationssystem. Dokumentationen kan datoriseras.

## 2.10 Kvalitet Ur Patientens Perspektiv (KUPP)

För att bedriva vård och omsorg med hög kvalitet måste vi veta *vad* som kännetecknar god vård och omsorg. KUPP vänder sig till personal i vård och omsorg och är ett bidrag till kriterier i kvalitetssäkringsarbete där patienten står i centrum (Wilde m.fl., 1995; 1998). Modellen är en vetenskapligt baserad praktisk vägledning, som är användbar både i praktiskt kvalitetsutvecklingsarbete och i forskning. Materialet tar tillvara synpunkter från vård- och omsorgstagarna på vårdkvalitetsbegreppet. Frågeformulär finns uppbyggda i moduler samt anvisningar för tillvägagångssätt och analys. Vägledningen innehåller tre delar, teoretisk grund för vårdkvalitetsbegreppet, praktiskt tillvägagångssätt samt bilagor. Programmet är standardiserat och finns även som dataprogram för registrering av enkätsvar, statistisk bearbetning och presentation av undersökningen. KUPP används både i Sverige och internationellt. En referensvärdesbank har byggts upp av författarna.

## 2.11 Kvalitetssäkra arbetsmiljön (Arbetsmiljörådet 1993)

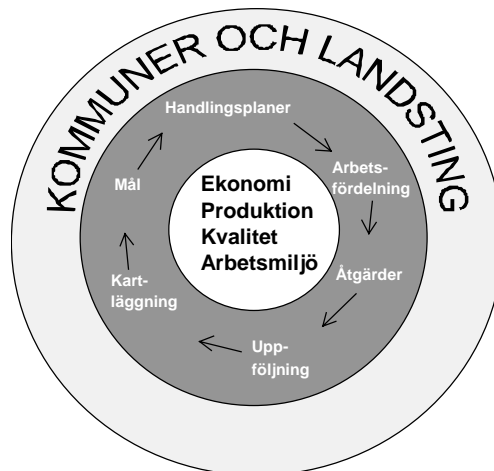
De flesta modeller involverar mer eller mindre tydligt medarbetarperspektivet. Att kvalitetssäkra arbetsmiljön är viktig både för att ge anställda goda arbetsförhållanden och för att åstadkomma en bra och effektiv verksamhet. En metod för att kvalitetssäkra med arbetsmiljön i fokus har tagits fram av kommunernas och landstingens Arbetsmiljöråd<sup>6</sup>. Kvalitetssäkring av arbetsmiljön enligt kommuner och landstings modell tillämpar ISO 9000 på tjänsteverksamhet i offentlig verksamhet. Tillämpning av metoden innebär att kraven för systematiskt arbetsmiljöarbete<sup>7</sup> uppfylls. Skriften vänder sig till ledning, fack och anställda. Den ger förslag till praktiskt tillvägagångssätt, punkt för punkt vid kvalitetssäkring av arbetsmiljön där arbetsmiljöarbetet integreras i styrning av verksamheten och är ett perspektiv likvärdigt med ekonomi, produktion och kvalitet. I modellen på nästa sida illustreras hur det systematiska arbetsmiljöarbetet inom kommuner och landsting fortlöpande kan utvecklas.

---

<sup>6</sup> Svenska Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetarförbundet, SACO, SKTF, Lärarnas Riksförbund, Vårdförbundet, Lärarförbundet, Landstingsförbundet

<sup>7</sup> AFS 2001:1

Arbetet sker metodiskt i en cirkel:



Figur 1. Modell för kvalitetssäkring av arbetsmiljön inom kommuner och landsting.

- *undersökning och kartläggning* av verksamheten, dvs. att finna och skaffa sig kunskap om förekomsten av de arbetsmiljöproblem som behöver åtgärdas
- *mål* som bör formuleras så att de går att arbeta mot, dvs. att ”lägga ribban” på rätt nivå
- *handlingsplaner* som konkretiserar målen genom en klar arbetsfördelning med befogenheter och resurser
- *uppföljning av vidtagna åtgärder* och utvärdering av resultaten som grund för ny målformulering

Arbetet kräver kontinuitet. Målen måste vara tydliga och konkreta och grundas på kunskap om verksamheten. Mål och handlingsplaner kopplas till övriga led i cirkeln. Kunskap nås genom att värdera resultat av kartläggningar. Helhetssyn är utgångspunkten och drivkraften är viljeinriktning. Verksamhetens behov avgör hur mycket som behöver dokumenteras.

Modellen baseras på centrala parternas viljeinriktning om samverkan och avser individens dialog med ledningen, arbetsplatsträffar som bas för regelbunden dialog mellan medarbetare och ledning; samverkansgrupper knutna till beslutsnivåerna i verksamheten och anslutna till linjeorganisationen. Skyddsombud och skyddskommitté har viktiga funktioner.

Ledningen ansvarar för kvalitetspolicy. Mål bryts ner till kvalitetskrav och aktiviteter. Kvalitetssäkringssystem förutsätter fördelat ansvar. Ledningens uppgift är att skapa en arbetsmiljö i vilken det går att utföra bra prestationer. Kunskaper hos var och en tas tillvara, personalen måste vara delaktig, ha möjligheter att påverka och utvecklas.

Arbetsmiljöarbetet vilar framför allt på två ben. Det ena är det systematiska och tydliga i processen – det andra är samverkan. Chefstöd, tid och resurser är nyckelfaktorer för ett framgångsrikt förändringsarbete. De flesta tidigare studier om åtgärder för att förebygga arbetsrelaterad ohälsa visar tydligt att det oftast inte räcker med att sätta in en enskild åtgärd. Ofta behövs förändringar som påverkar både individ, arbetsgrupp och verksamhet samtidigt för att nå framgång och varaktigt resultat.

### 3 Läs mer

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete och allmänna råd om tillämpning av föreskrifterna. *Arbetsmiljöverket, Stockholm, 2001 (www.av.se)*.

Att skapa hälsofrämjande arbetsplatser inom vård och omsorg – en kunskapssammanställning. Rapport 2002:2. *Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting, Stockholm, 2002*.

Carp RC. Lär av de bästa!: Benchmarking i tio steg. Lund, *Studentlitteratur, 1993*.

Edvardsson B & Thomasson B (red). Kvalitetsutveckling i privata och offentliga tjänsteföretag. *Natur & Kultur, 1989*.

Kaplan R & Norton D. The Balanced Scorecard – Measures that drive performance. *Harvard, Business Review, 1992*.

Kaplan R & Norton D. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard, Business Review, 1996*.

## 4 Referenser

1. Aidemark L-G. Balanced Scorecard i sjukvården. Erfarenheter från försöksverksamhet med Balanced Scorecard inom fem landsting, 2001.
2. AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljöverket, 2001.
3. Bejerot E & Hasselbladh H. Systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Enkätstudie riktad till chefer. Delrapport från projektet ”Tredje vågen av New Public Management: Kvalitetsstyrning i ett arbetsmiljöperspektiv, 2001.
4. Blomgren M. Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning. Akad. Avhandling, Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet, Nr 78, 1999.
5. Czarhiawska B & Sevon G (red). Translating organizational change. Berlin, de Gruyter, 1996.
6. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 1988, 260(12), 1743-1748.
7. DYSSSY. En dynamisk modell för kvalitetssäkring i vården. (orig. Quality patient care –the Dynamic Standard Setting System, utgiven av Royal College of Nursing, 1990. Sv.övers. Ron
8. Ehnfors M & Thorell-Ekstrand I. Omvårdnad i patientjournalen. En modell för dokumentation av omvårdnad med hjälp av sökord. Vårdförbundet, FoU-rapport 38, 1992.
9. Ehnfors M, Ehrenborg A, Thorell-Ekstrand I. Vipsboken. Vårdförbundet, FoU-rapport 48, 1998.
10. Erlingsdottir G. Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården. Akad. avhandling, Ekonomihögskolan, Lunds universitet, 1999.
11. Gummesson E: Att förstå kundens upplevda kvalitet. Vad kan offentlig sektor lära av näringslivet? Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen, april 1993.
12. Kaplan R & Norton D. The Balanced Score Card, 1990.
13. Kriterier och anvisningar för Kvalitet, Utveckling, Ledarskap (QUL). Ett verktyg för verksamhetsutveckling. Landstingsförbundet, 1996/97.
14. Kvalitetssäkra arbetsmiljön. Kommunernas och landstingens Arbetsmiljöråd. Arbetsmiljörådet, 1993 (med stöd av Arbetsmiljöfonden). (Svenska Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetarförbundet, SACO, SKTF, Lärarnas Riksförbund, SHSTF, Lärarförbundet, Landstingsförbundet).
15. Kvalitet i vården. Instrument för systematisk utveckling och utvärdering. Utmärkelsen svensk kvalitet. Stockholm, 1994 (utgiven av Landstingsförbundet, Spri, SOS & Arbetstlivsfonden; Kvalitet - till er tjänst – ett utbildningsprogram för utveckling och förbättring av kvalitet. Utbildningshuset.
16. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrift. I: Kvalitetsutveckling av folkhälsoarbete. Dokumentation från en konferens. Landstingsförbundet, 1997.
17. Kvalitetssäkring i svensk sjukvård - förslag till nationell strategi. Spri, Stockholm, Spri-rapport nr 287, 1990.
18. Kvalitetssäkring är kontroll av hur och inte vad man gör. Läkartidningen, 97(8), 2000.
19. Kvalitetssäkring. Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Spri, Stockholm, 1992, Rapport 230.
20. Lahger A & Heinberg T. Implementering av kvalitetsarbete i sjukvården – en studie av tre olika metoder. Magisteruppsats, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 2000.
21. Liukkonen P. Verksamhetsuppföljning av sjukvårdens ekonomi, personal och organisation. Erfarenheter av ett Adapt-projekt. Paula Liukkonen och OskarMedia, 2000.



22. Lundgren A. Kvalitetskontroll. Uppsala universitet, Institutionen för lärarutbildning, 1996.
23. Miller M. Jobbrevolutionen – En idébok om morgondagens arbetsliv. AB Typoform & Föreningen för Arbetarskydd, 1993.
24. Thomsen S. Stress, Satisfaction, and Quality. Studies of Organizational and individual well-being in health care. Akad. avhandling, Karolinska institutet, Stockholm, 2000.
25. West M & Patterson M. Work: a profitable occupation? CentrePiece, 1998, 3(3).
26. Wilde B, Larsson G, Larsson M & Starrin B. Patienten värderar vården – en vägledning till frågeformuläret KUPP, Kvalitet Ur Patientens Perspektiv. Vårdförbundet SHSTF, FoU-rapport 45, 1995.
27. Wilde B, Larsson G, Larsson M & Starrin B. KUPP-boken - Kvalitet Ur Patientens Perspektiv med utskrivbara formulär på CD/diskett. Vårdförbundet, FoU-rapport 45, 1998.