

CHALMERS



Kvalitetsutveckling inom svensk cancervård

– En studie av en uppföljningsmottagning i Göteborg för unga vuxna som haft cancer som barn

Quality improvement in Swedish cancer care

– A study of a late effect clinic in Gothenburg for young adults treated for cancer as children

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

ISAK FOWELIN

DAVID JANSSON

ANDREAS KARLSSON

ANNA KÄLLTÉN

HENRIK MÄKI

MALIN NORLING

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelen för Industriell kvalitetsutveckling

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2013

Kandidatarbete TEKX04-13-03

Förord

Denna kandidatrapport är det avslutande projektet för att kunna ta kandidatexamen på civilingenjörsprogrammet Industriell ekonomi vid Chalmers tekniska högskola. Projektet tilldelades författarna i slutet av 2012, då arbetet även påbörjades. Projektet är framtaget av handledaren Andreas Hellström tillsammans med Regionalt cancercentrum väst och personalen på mottagningen. Rapporten skrevs på institutionen för Industriell kvalitetsutveckling under avdelningen Health Care Development.

Uppdraget som tilldelats författarna har varit mycket intressant och spännande då det var det första uppdrag som givit författarna möjligheten att praktisera sina kunskaper de förvärvat under åren på Chalmers tekniska högskola. Uppgiften har ansetts varit mycket meningsfull då det handlat om att bistå en nystartad mottagning i dess arbete med att hjälpa en patientgrupp som tidigare fallit mellan stolarna.

Ett stort tack riktas mot mottagningens personal Christina Malmström, Kirsti Pekkanen och Marianne Jarfelt som tålmodigt ställt upp vid både intervjuer och observationer. Handledarna Andreas Hellström och Erik Olsson ska även få ett stort tack för all den information de delat med sig av inom sina områden i form av artiklar och råd. Att de under hela arbetet varit engagerade och intresserade för den studie som pågått har varit en bra drivkraft för författarna när det känts tungt. Ett stort tack ska även riktas mot alla de personer som har intervjuats. Utan deras tid och engagemang hade många frågor förblivit obesvarade.

Författarna, Göteborg, Sverige, 7 maj 2013

Isak Fowelin
David Jansson
Andreas Karlsson
Anna Källtén
Henrik Mäki
Malin Norling

Sammandrag

Som ett pilotprojekt öppnade i november 2012 en uppföljningsmottagning i Göteborg för unga vuxna som haft cancer som barn, den första av sitt slag i Sverige. Denna patientgrupp har visat sig kunna drabbas av seneffekter av sin cancerbehandling, något som vården hittills inte tagit hänsyn till och gruppen har därför fallit mellan stolarna i dagens uppdelade vuxenvård. Detta pilotprojekt är intressant då det har möjlighet att åtgärda en svaghet i dagens vårdssystem och kan komma att ligga till grund för framtida liknande mottagningar i Sverige. Pilotprojektet kommer att fortgå till 2015 för att utvärderas och möjligen bli en del av vården.

Denna studie syftar till att analysera hur denna mottagning påverkar vårdkvaliteten för patientgruppen och hur verksamheten kan utvecklas för att förbättra denna. Dessutom syftar studien till att ge underlag för hur mottagningen ska hantera en utvärdering 2015. Studien ska besvara frågeställningar rörande hur verksamheten ser ut i dag och hur den kan utvecklas, vilka verksamhetens intressenter är och vilka behov de har samt hur utvärderingen 2015 ska gå till och hur denna bör hanteras.

Kartläggningen av verksamheten har genomförts genom observationer, medan intressenterna och deras behov har kartlagts genom intervjuer. För att undersöka hur verksamheten påverkar vårdkvaliteten i dagsläget har liknande verksamheter studerats.

Intressenterna till mottagningen kan delas in i sjukhuspersonal, politiker, patienter och regionala verksamheter. Dessa anser vårdkvalitet och ekonomiska aspekter vara viktigast. Arbetssättet på verksamheten i dagsläget kan väntas ge högre vårdkvalitet för patientgruppen och lägre kostnader. Dock har effektivitetsproblem identifierats i form av för hög anpassning efter enskilda patienter och avsaknad av patientutvärdering. För att utvecklas på kort sikt bör mottagning minska denna anpassning och börja utvärdera sitt arbete. På längre sikt bör mottagningen kalla patienter vid övergången till vuxenvården, segmentera dem efter risk och behov, knyta kompetenser till mottagningen fysiskt och via kontaktnät samt utbilda patienter i hur de kan påverka sin egen hälsa. Inför utvärderingen 2015 bör patientenkäter börja samlas in.

Förslagen på kort sikt kommer att leda till en högre effektivitet på mottagningen, vilket leder till ökad jämlikhet och vårdkvalitet. Förslagen på lång sikt leder till högre patientsäkerhet, högre patientfokus och lägre kostnader, vilket ger en högre vårdkvalitet. Förslagen på hur mottagningen ska förhålla sig till utvärderingen 2015 ger mottagningen en möjlighet att visa upp resultaten från arbetssättet, vilket leder till högre besluts kvalitet för vilken typ av vård patientgruppen ska motta.

Studien bidrar med att koppla ihop ett praktiskt vårdinitiativ med teorier om hur vården bör se ut. Vidare bör förslagen kunna bidra till en bättre vård för denna patientgrupp och kan därmed vara ett steg mot ett bättre svenskt vårdssystem. Studien kan generaliseras i begränsad omfattning, då verksamheten är unik och stor del av empirin är insamlad i syfte att behandla just denna. Dock kan studiens resultat användas om mottagningar startas upp för denna grupp i andra delar av landet. Dessutom kan möjligen resultatet användas för liknande verksamheter, då teori och viss sekundärdata är av allmän karaktär.

Abstract

As part of a pilot project Sweden's first late effect clinic for young adults treated for cancer as children opened in Gothenburg in November 2012. The special needs of these patients, due to their risk of developing late effects from their former cancer and treatment, have until now been neglected by the fragmented adult health care system in Sweden. This pilot project is interesting as it has the possibility to fill a gap in the Swedish health care system and since this clinic may be used as a model for similar future clinics in other parts of the country. The pilot project will be evaluated in 2015 and might thereafter be a permanent part of the health care system.

This thesis aims to analyse how this clinic will affect the quality of care for the patients and how the clinic could further be developed to increase this. Additionally, the thesis intends to provide a foundation for how the clinic should handle the evaluation in 2015. It will answer questions regarding how the clinic looks like today and how it can be developed, who the clinic's stakeholders are and their needs, and how the evaluation in 2015 will be done and how it should be handled.

Through observations, a mapping of the clinic has been done, while the stakeholders and their needs have been mapped using interviews. To investigate how this clinic affects the quality of care in this current situation, similar clinics have been studied.

The clinic's stakeholders can be divided into different groups: hospital personnel, politicians, patients and organisations on a regional level. They consider the quality of care and the financial aspect to be the most important issues. The clinic's work procedures can currently be expected to result in higher quality of care for the patients, and lower costs. However, efficiency problems have been identified in form of excessive adaptation to individual patients, and lack of evaluation of patient visits. For short-term development, the clinic should reduce this adaptation and begin to evaluate the work procedures. In long-term, the clinic is recommended that the patients are called to a first meeting at the clinic as they are transitioned from child care to adult care, and to divide them into groups regarding their risks and needs. The clinic should also focus on bonding new competencies in terms of broadening the help for the patients, and to educate the patients in self-care, so the risk of late effects decreases. Prior to the evaluation 2015, patient questionnaires should be collected.

The suggestions on short-term will lead to higher efficiency of the clinic, leading to greater equity and quality of care. The suggestions on long-term will lead to improved patient safety, improved patient focus and lower costs, which all lead to a higher quality of care. The suggestions on how the clinic should approach the evaluation in 2015 gives the clinic a possibility to display the results of the work procedures, which leads to higher decision quality for the type of care the patients shall receive.

The thesis contributes to pair a practical health initiative with theories about what health care should look like. The suggestions should contribute to a better care and may be a step towards a better Swedish healthcare system. The thesis can be generalized to a limited extent, due to the clinic's uniqueness and that much of the empirical data is collected in order to address this clinic. However, the results of the thesis could be used if similar clinics are to be opened for similar patients in other parts of the country. Also, the result could possibly be used for similar clinics, because of the theories and some of the secondary data is of a general nature.

Ordlista

Cytolog – En tjänst som finns inom sjukvården där personen har hög kunskap om enskilda celler och hur dessa beter sig.

Cytologiska/patologiska undersökningar – En typ av undersökning då vävnadsprover eller cellprover undersöks med hjälp av mikroskop.

Diktera – Innebär att muntlig information spelas in för att sedan kunna skrivas ned.

Endokrinologi – Medicinsk disciplin som behandlar kroppens tillverkning, insöndrande och påverkan av hormoner.

Forskningsanslag – Ett monetärt forskningsstöd.

Jubileumskliniken – Del av Sahlgrenska där onkologin är samlad och mottagningen för närvarande är lokaliserad.

Kardiologi – Medicinsk disciplin som behandlar hjärtats funktion och sjukdomar.

Kvalitetsregister – Ett kvalitetsregister innehåller personbundna uppgifter om patienters problem, diagnos, behandlingar och resultat, för att möjliggöra lärande och förbättringsarbete.

Kronisk sjukdom – En sjukdom som är långvarig och där chanserna att bli frisk är små.

Onkologi – Läran om tumörsjukdomar (cancer).

Pilotprojekt – En småskalig förstudie, i syfte att testa en idé.

Psykosocial insats – En insats som görs för att förbättra en persons psykosociala tillstånd.

Radiolog – En läkare som specialiserat sig inom strålning och arbetar med röntgen, magnetisk resonanstomografi och ultraljud.

Remiss (sjukvård) - En läkares anvisning att söka vidare undersökning eller få vård hos en specialist

Sammanfattning (i kvalitetsregister eller i pappersformat) – Ett dokument som sammanställer en patients sjukdomar och behandlingar för att lättare finnas tillgänglig för både patienten och vården.

Seneffekter – De åkommor och sjukdomar som uppkommer på grund av en sjukdom eller behandling en patient har haft. Dessa åkommor uppkommer först efter att patienten blivit friskförklarad.

Screening – Formulär för beskrivning av bekymmer och besvär.

Specialsjuksköterska – En sjuksköterska med speciella uppgifter, exempelvis inom barnonkologi.

Terapeutisk kontakt – Kontakt som skapas mellan en patient och exempelvis kurator eller psykolog, för att behandla patientens psykosociala hälsa.

Äska – Ett sätt att begära pengar genom att motivera varför och vad pengarna ska användas till.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Syfte och frågeställningar	3
1.3	Avgränsningar.....	3
1.4	Läsanvisningar	3
2	Metod	5
2.1	Studiens upplägg	5
2.2	Insamling av data.....	5
2.3	Litteratursökning	9
2.4	Analys av data.....	10
2.5	Studiens kvalitet	11
3	Teoretiskt ramverk	13
3.1	Sjukvård som en tjänst samt vårdkvalitet	13
3.2	Sjukvårdens organisation	14
3.3	Vård med patienten i fokus.....	15
3.4	Co-creation	19
3.5	Verksamhetsutveckling	22
3.6	Uppföljning av tjänstekvalitet	24
3.7	Hållbar utveckling.....	24
4	Empiri	26
4.1	Kartläggning av arbetet på mottagningen.....	26
4.2	Kartläggning av intressenter.....	33
4.3	Intressentintervjuer.....	35
4.4	Beskrivning av verksamheter med patientfokuserat arbetssätt	40
5	Analys och förslag.....	45
5.1	Intressentanalys	45
5.2	Förväntade resultat av mottagningens arbetssätt.....	48
5.3	Effektivitetsproblem i dagsläget.....	50
5.4	Förbättringsförslag för mottagningens verksamhet – på kort sikt	52
5.5	Förslag till framtida tjänstedesign	56
5.6	Förslag på tillvägagångssätt vid utvärdering av verksamheten 2015	61
5.7	Hållbarhetsanalys	64
6	Slutsats och diskussion	66
6.1	Svar på studiens frågeställningar	66
6.2	Studiens objektivitet.....	68

6.3	Studiens bidrag.....	68
6.4	Studiens generaliserbarhet	69
7	Rekommendationer.....	70
8	Referenslista.....	71
Bilaga 1: Intervjumallar		76
	Intressentintervjuer.....	76
	Intervju med läkaren på mottagningen.....	77
	Patientintervjuer	77

1 Inledning

I detta kapitel introduceras studien samt dess utgångspunkt. Kapitlet innefattar *Bakgrund, Syfte och frågeställningar, Avgränsningar* och *Läsanvisningar*.

1.1 Bakgrund

En av de vanligaste folkhälsosjukdomar i dagens samhälle är cancer. Cancer drabbar i dagsläget omkring 55 000 svenskar varje år (Cancerfonden, 2012b). Internationellt sett står sig den svenska cancervården bra och dödligheten i landet är lågt. Allt fler personer som blir cancerdiagnostiserade i dagens samhälle överlever. Det spås en ökning i såväl antalet personer som drabbas av cancer, som antalet personer som överlever sin cancer. Med bakgrund i detta beslutade regeringen sommaren 2007 att tillsätta en utredning med syfte att lämna förslag för en nationell cancerstrategi, med syfte att utreda hur överlevnaden för cancerpatienten och omhändertagandet av patienter som haft cancer kan förbättras. Denna utredning resulterade 2009 i *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Bland annat syftar strategin till att göra vården mer patientfokuserad och tillsätta tillräckliga resurser och kompetens för uppföljning och behandling av seneffekter för barn och unga som överlevt cancer (Statens offentliga utredningar (SOU), 2009).

Antalet personer som överlever barncancer har alltså ökat, speciellt sedan 1970-talet, till att idag omfatta i genomsnitt 75 % av de drabbade (Barncancerfonden, 2007). Detta har i sin tur lett till att det i samhället finns ett ökande antal personer över 18 år som har haft barncancer, vilka löper en risk att drabbas av biverkningar från cancersjukdomen och behandlingen de fick som barn, kallat seneffekter. Exempel på seneffekter en patient kan drabbas av är ökad risk för sekundär cancer, hormonrubbingar, fertilitetsproblem, trötthet, koncentrationssvårigheter samt psykosociala besvär (National Health Service Improvement (NHS), 2011; NHS, 2012; NHS, 2010a). Enligt Kirsti Pekkanen¹ fungerar vården generellt sett bra för patienter med barncancer i Sverige och det finns även väl fungerande rutiner för uppföljning fram till 18 års ålder för de som friskförklarats. Problem uppstår dock när personen fyller 18 år och får förlita sig på vuxenvården. I och med detta skifte försvinner ofta kopplingen till den behandling som mottagits i samband med barncancer, och eventuella medföljande komplikationer. Resultatet blir både att patienten ofta inte mottas på rätt sätt när denne uppsöker vården enligt Pekkanen¹, men också att viktig information om saker patienten bör tänka på inte förmedlas, exempelvis hur behandlingen påverkar en framtida graviditet. Det innebär att individen varken får den vård eller den information som krävs för bästa möjliga vård- och livskvalitet.

Bristande hantering av gruppen gör deras vårdssituation intressant, därutöver konsumerar denna grupp, enligt Per Sjöli², i dagsläget mer vård än den genomsnittlige svensken. En förbättrad vårdprocess för denna patientgrupp skulle vara till gagn för de enskilda individerna som får högre vård- och livskvalitet, såväl som för vården som helhet eftersom färre besök på vårdinstanser skulle kunna ge lägre totala kostnader. Att patientgruppen inte hanteras utefter deras sjukdomshistoria kan leda till att de drabbade går miste om viktig information angående deras hälsa, samt att de vid sjukdom slussas mellan olika vårdinstanser med otillräcklig bakgrundsinformation. Denna bristande hantering är inte bara något som påverkar patienterna och ger höga kostnader, utan även arbetsmiljön för vårdpersonal, då frustration kan uppstå när personal känner att de inte kan ge bästa möjliga vård.

I det traditionella svenska vårdssystemet är varje del funktionellt inriktad på en viss specialitet och patienten skickas till olika specialister beroende på diagnos. Detta blir problematiskt för

¹ Kirsti Pekkanen (specialsjuksköterska, Barncancerfonden) intervjuad av författarna den 23 januari 2013.

² Per Sjöli (hälsoekonom, Skaraborgs sjukhus och RCC väst) telefonintervjuad av författarna den 15 mars 2013.

patientgruppen, som till stor del påverkas av sin tidigare sjukdom, och därför behöver någon som ser problem som en del av en helhet. Denna bristande hantering för gruppen har främst uppmärksammats av barnonkologin, trots att det är vuxenonkologins ansvar att behandla patienterna. På initiativ från barnonkologin startades det i november 2012 en försökmottagning för unga vuxna som har haft cancer som barn. Denna mottagning, som hädanefter kommer att benämnas endast "mottagningen", har som syfte att se patientens hälsa ur ett holistiskt, perspektiv, till skillnad från den traditionella vården. Mottagningen är belägen på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och är den första i sitt slag i Sverige. Starten av mottagningen har blivit möjlig genom Regionalt Cancercentrum Väst, en organisation som jobbar för bättre cancervård, vilken finansierar projektet (Regionalt cancercentrum (RCC) väst, 2012). Mottagningen drivs av tre personer på deltid, alla med erfarenheter från cancervården. Projektet är planerat att fortgå till mars 2015, då det sedan ska utvärderas. I samband med denna utvärdering kommer det bestämmas om mottagningen kommer att få fortsatt finansiering. Vid lyckat projekt kommer mottagningen fortsatt finnas kvar och planen i dagsläget är att mottagningen övertas av Västra Götalandsregionen, som en del av vuxenvården enligt Jarfelt³. Det finns i dagsläget ungefär 1000 personer i mottagningens upptagningsområde, vilket innefattar Västra Götalandsregionen och delar av Hallands län, Värmlands län samt Jönköpings län, som ingår i målgruppen. Denna växer varje år med mer än 80 personer enligt Jarfelt³. Denna målgrupp refereras fortsättningsvis till som "patientgruppen". De som besöker mottagningen är samtliga sedan minst fem år tillbaka friskförklarade från sin cancersjukdom och de flesta är vid besöket inte heller i någon pågående vårdprocess.

Patientgruppens problematik är något som uppmärksammas även utanför Sveriges gränser och initiativ för att förbättra vården för gruppen har redan tagits i bland annat Storbritannien, där det startades under 2010. Projektet har där visat på såväl kostnadsbesparingar, som att patienter är mer nöjda med sin vård (NHS, 2011). Vårdsystemen i Sverige och Storbritannien skiljer sig åt, varför det inte är möjligt att direkt använda tillvägagångssättet från Storbritannien i Sverige. Dock kan delar av de framgångar som uppnåtts i Storbritannien överföras till Sverige och mottagningen. Just att det i dagsläget inte finns någon strukturerad hantering av patientgruppen gör mottagningen intressant som den första i sitt slag och kan vid lyckat projekt komma att sätta standarden för hur patientgruppen ska hanteras i Sverige. Enligt Pekkanen⁴ finns redan planer för liknande mottagningar i andra delar av landet.

Detta pilotprojekt har möjlighet att åtgärda en svaghet i dagens vårdssystem, genom att lägga grunden för hur personer som haft cancer som barn behandlas inom vården i framtiden. En förbättring på detta område skulle givetvis vara intressant för patienterna själva, i form av vård av högre kvalitet. Därutöver skulle den även kunna innebära mer kostnadseffektiv vård, vilket testerna i Storbritannien tyder på. Därav är det i samhällets intresse att testa detta tillvägagångssätt och utvärdera om de potentiella fördelarna kan uppnås. Genom att erbjuda patientgruppen en mer patientfokuserad vård, och samtidigt bidra med ökade resurser och kompetens för uppföljning och behandling av seneffekter kan mottagningen vara en del av realisering av *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU, 2009) och därmed bidra till ökad vårdkvalitet i den svenska cancervården.

³ Marianne Jarfelt (läkare på mottagningen) intervjuad av författarna den 23 januari 2013.

⁴ Kirsti Pekkanen (specialsjuksköterska på mottagningen) intervjuad av författarna den 23 januari 2013.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur mottagningens arbetssätt i dagsläget kan påverka, samt kan utvecklas för att förbättra, vårdkvaliteten för unga vuxna som haft cancer som barn. Studien syftar även till att ge underlag för en utvärdering av verksamheten 2015.

Utifrån syftet har ett antal frågeställningar formulerats:

- Hur ser verksamheten ut på mottagningen i dagsläget och vilka problem kan identifieras?
- Vilka är mottagningens intressenter, vad har de för behov rörande mottagningens verksamhet och vilka intressenter kan anses vara viktigast?
- Hur kommer utvärderingen 2015 att gå till, utifrån vilka parametrar ska mottagningen utvärderas samt vad bör mottagningens personal ha i åtanke inför utvärderingen?
- Hur påverkar mottagningens arbetssätt vårdkvaliteten för patientgruppen och hur kan mottagningens arbetssätt utvecklas för att ytterligare förbättra denna?

1.3 Avgränsningar

Studien är på grund av bristande kompetens avgränsad från att behandla de rent medicinska aspekterna av verksamheten. Studiens omfattning är begränsad, varför endast områden mottagningen själva har möjlighet att påverka tas upp. Av samma anledning behandlar inte heller studien någon faktisk implementering av de förslag som presenteras. En del av utvärderingen 2015 skulle kunna vara av ekonomisk karaktär. Att göra en fullständig ekonomisk analys är för omfattande för denna studie, samtidigt som en analys i dagsläget inte skulle återspegla de kostnaderna som kommer vara aktuella våren 2015. Därmed begränsas den ekonomiska aspekten i denna studie till att endast presentera generella förväntade ekonomiska effekter utifrån teori och liknande verksamheter som redan genomfört en sådan analys. Vissa tänkbara intressenter till mottagningen har valts att exkluderas, exempelvis patienternas anhöriga eller Barncancerfonden. Dessa sågs inte ha någon större påverkan vid beslut om mottagningens framtid annat än att de kan trycka på de intressenter som ansågs relevanta.

1.4 Läsanvisningar

Rapporten är uppdelad på sju kapitel. 1. *Inledning* tog först upp bakgrunden till problemet, syfte med studien, frågeställningar och avgränsningar. Därefter följer 2. *Metod* som behandlar vilket tillvägagångssätt som har använts vid insamlande och analys av data. Även hur litteratursökningar har gått till och studiens kvalitet tas upp under detta kapitel. Därefter följer 3. *Teoretiskt ramverk* som behandlar den teori studien använder sig av. Detta kapitel inleds med en övergripande beskrivning av problematiken i vården generellt, för att sedan ta upp teorier kring *patient i fokus* och *co-creation*. Kapitlet innefattar även teori som behandlar hur effektiviteten kan ökas i en verksamhet, samt sist en beskrivning av liknande verksamheter.

På detta följer 4. *Empiri* som presenterar den data som insamlats i studien. Denna är indelad i först en kartläggning av verksamheten på mottagningen och dess intressenter. Den förstnämnda beskriver hur arbetet går till på mottagningen i dagsläget, medan den senare presenterar de intressenter som är intresserade av och kan påverka mottagningens framtid. Därefter presenteras den information som har insamlats genom intressentintervjuer. Sedan följer 5. *Analys och förslag*, där det först presenteras en analys av intressentintervjuerna och det viktigaste som kommit fram vid dessa. Detta följs av en analys av mottagningens verksamhet utifrån liknande verksamheter presenterade i det teoretiska ramverket och vilka nyttor den kan tänkas ge för patientgruppen. Därefter följs det av en analys av verksamhetens problem i dagsläget och förslag på hur dessa kan åtgärdas på kort sikt. Därtill

presenteras förslag på hur mottagningen bör hantera utvärderingen 2015 och förslag på hur verksamheten bör utforma sin tjänst i framtiden. Detta följs av en analys av hur mottagningen och denna studie påverkar hållbar utveckling.

Sist i rapporten presenteras *6. Slutsats och diskussion*, där studiens frågeställningar besvaras och resultatet diskuteras, samt *7. Rekommendationer*. Detta följs slutligen av *8. Referenslista* och *Bilaga 1: Intervjumallar*.

2 Metod

I detta kapitel beskrivs de metoder som använts för studien. Kapitlet innefattar *Studiens upplägg*, *Insamling av data*, *Litteratursökning*, *Analys av data* samt *Studiens kvalitet*.

2.1 Studiens upplägg

Studien inleddes i december 2012 och fortlöpte fram till maj. Studiens syfte utformades i samråd med mottagningens personal och utifrån detta valdes sedan undersökningsmetoder. För att besvara studiens frågeställningar användes i huvudsak kvalitativa metoder. Kartläggningen och analysen av mottagningens verksamhet samt dess intressenter innebar en analys av ett socialt samspel mellan mottagningens personal, dess patienter, intressenter samt övriga vårdgivare varför en sådan metod var att föredra (Bryman & Bell, 2007). Insamlingen av data till verksamhets- och intressentkartläggningen inleddes samtidigt som litteraturstudien, vilken ämnade behandla patientfokuserad vård, *co-creation* och grundläggande principer för verksamhetsutveckling, två veckor in i projektet.

Utifrån kartläggningen av verksamheten och dess intressenter samt analysen av dessa tillsammans med litteraturstudien kunde rekommendationer, rörande ökning av mottagningens tillgänglighet, framtida utformning av verksamheten, även kallat tjänstedesign, samt ett förslag på utifrån vilka parametrar mottagningens verksamhet kan utvärderas, tas fram. Vidare underbyggde detta en analys av hur mottagningens verksamhet i dagsläget påverkar vård- och livskvaliteten för dess patienter samt en analys av hur utvärderingsprocessen 2015 kan komma att se ut.

Aktiviteter såsom rapportskrivande, datainsamling och dataanalys skedde iterativt då dessa till stor del är beroende av varandra. Detta då en kvalitativ undersökningsmetod innebär att viss dataanalys ofrånkomligt sker samtidigt som datainsamlingen (Neuman, 2002). Litteraturstudien fortlöpte parallellt med dessa aktiviteter under projektiden.

I kartläggningen av verksamheten nämns mottagningens personal efter deras yrke, och inte efter namn. Detta motiveras med att det i kartläggningen är deras roll som är viktig, medan det i intressentkartläggning och intervjuer handlar om deras personliga åsikter.

2.2 Insamling av data

Denna del avser beskriva hur data för studien samlats in. Majoriteten av studiens data består av primärdata, insamling av denna beskrivs först. Två typer av primärdata samlades in: data kring arbetet på mottagningen, i syfte att kartlägga verksamheten, och data från intressentintervjuer. Därefter följer hur insamling av sekundärdata gått till.

2.2.1 Insamling av primärdata

Primärdata är data som samlas in under studien och som samlas in i syfte att besvara studiens frågeställningar (Bryman & Bell, 2007). Nedan presenteras hur data har samlats vid kartläggningen av mottagningen och intressenter samt intressenternas åsikter. En tabell har även infogats för att förenkla överblicken av insamlingen av primärdata.

Insamling av primärdata	Antal
Totalt antal intressentintervjuer	11
<i>varav antal direktintervjuer</i>	8
<i>varav antal telefonintervjuer</i>	2
<i>varav antal mejlintervjuer</i>	1
Antal uppföljningsintervjuer	1
Antal uppföljningsmejl	6
Antal observationsbesök	8
<i>varav antal på mottagningen</i>	5
<i>varav antal av administrativt arbete</i>	3

Tabell 2.1. Insamling av primärdata

Kartläggning av verksamheten

Kartläggningen av verksamheten började redan vid inledande möten med mottagningens personal, där frågor ställdes kring hur de arbetar. Vid fortsatt kartläggning användes främst observationer, där två medlemmar i gruppen var med när en eller flera ur personalen arbetade. I samband med observationerna intervjuades också personalen på mottagningen för att bättre förstå deras arbete.

Observationerna kan delas in i två typer: observation av det administrativa arbetet och observation av arbete under mottagningstid. Metoden för observation var densamma för de båda fallen och innebär att sitta med när administrativt arbete utfördes eller att vara med under stora delar av arbetet i samband med mottagningstid. Samtliga gruppmedlemmar medverkade vid minst en observation under mottagningstid för att alla skulle ha en bild av den faktiska verksamheten. Anteckningar av allt som observerades fördes kontinuerligt på plats.

En fördel med observationer är att i ett naturligt sammanhang kunna studera saker när de händer, till skillnad från vid intervjuer eller enkäter, som är beroende av individens minnen och förmåga att förmedla informationen (Patel & Davidson, 2003). Då personal tidigt uttryckte att de själva hade bristande överblick på vad deras arbete faktiskt bestod av, och att det i sig var något de ville ha hjälp med, var observationer en naturlig metod för insamling av data gällande kartläggning. En nackdel med observationer är främst att det är en tidskrävande metod (Patel & Davidson, 2003). Med tanke på mottagningens begränsade omfattning, gjordes bedömningen att det inte skulle uppta för mycket tid.

Den typ av observation som användes var ostrukturerad, då det var mest rimligt att prova sig fram gällande observationerna. Ostrukturerade observationer är observationer då exakt vad som skulle observeras och i vilken utsträckning inte planeras i förväg, utan observationerna var snarare utforskande. Denna typ av observation används också när så mycket information som möjligt ska inhämtas kring ett problemområde och så mycket som möjligt ska registreras (Patel & Davidson, 2003), att registrera majoriteten av arbetet med mottagningen var tanken. Vid ostrukturerade observationer måste de som observerar vara förberedda på vad som ska observeras (Patel & Davidson, 2003), varför en del tid lades på diskussioner med mottagningens personal om arbetet, innan observationerna påbörjades.

Vidare kan observationer delas in i olika typer efter observatörens förhållningssätt till den som observeras, utifrån huruvida observatören deltar eller ej samt om observatören är känd för den observerade eller ej (Patel & Davidson, 2003). I detta fall var redan observatörerna kända för

personalen som skulle studeras. Observationerna var icke-deltagande, en naturlig konsekvens av att observatörerna varken kunde utföra det arbete som skulle studeras eller att det vore etiskt försvarbart att låta utomstående arbeta med patienter.

Det finns ingen klar slutpunkt för observationer, men det är att rekommendera att behålla möjligheten att kunna göra ytterligare besök när observationerna är klara och det är viktigt att resultatet stäms av med de inblandade (Bryman & Bell, 2007). Antalet besök under mottagningstid begränsades av antalet mottagningstillfällen under perioden. Därutöver ställdes en del mottagningstillfällen in under perioden på grund av sjukdom hos personal eller återbud från patienter. Vidare var inte mottagningstillfällen inplanerade under samtliga veckor i den studerade perioden. Så många observationer som möjligt av arbete under mottagningstid gjordes innan ett uppehåll på tre veckor utan möjlighet att medverka uppkom. Detta gav ett naturligt slut på observationerna. Vid sammanställning blev det dock tydligt att en del av arbetet inte var ordentligt kartlagt, varför observationerna kompletterades med en intervju. Observationer av administrativt arbete gjordes under några förmiddagar tills dess att det ansågs att allt arbete av vikt hade observerats. Den bild som fåtts av arbetet, administrativt och under mottagningstid, stämde sedan av för att konstatera att inga fler besök krävdes. På grund av mottagningens begränsade omfattning krävdes endast ett fåtal observationer innan allt arbete ansågs ha observerats. Observationerna skedde under en månad med start i mitten av februari 2013 och slut i mitten av mars 2013. Totalt genomfördes tre observationer av administrativt arbete på cirka tre timmar styck och fem observationer under mottagningstid på några timmar styck.

För att få ökad förståelse för vad som observerades under observationerna användes ostrukturerade intervjuer i samband med dessa. Ostrukturerade intervjuer kan vara mycket lika en vanlig konversation och innebär att det diskuteras fritt runt ett ämne (Bryman & Bell, 2007). Ostrukturerade intervjuer är passande när ett brett problemområde ska behandlas och när den som utför studien vill få förståelse för vad den intervjuade anser vara relevant (Blumberg et al., 2011). I detta fall var problemområdet brett och personalen ansågs initialt veta vilka de största problemområdena var, vilket gjorde att ostrukturerade intervjuer passade väl. En annan fördel med ostrukturerade intervjuer är att de är flexibla (Bryman & Bell, 2007), vilket var passande i detta fall, då det möjliggjorde att frågor kunde ställas kopplat till vad som observerades. Dessa bestod av frågor på arbetet under tiden det uträttades och allmänna frågor om verksamheten ställda under väntetider för personaler. En fördel med denna intervjutyp var att personalen själva kunde ta upp ämnen de ansåg intressant, något intervjuarna, med mindre kunskap om verksamheten, annars skulle kunna ha missat. Detta då en ostrukturerad intervju, till skillnad från en strukturerad intervju, kan börja med att den intervjuade pratar utan att en fråga har ställts (Blumberg et al., 2011). De ostrukturerade intervjuerna genomfördes i samband med observationerna, varför anteckningarna från dessa och observationerna blandades.

Av patientsäkerhetsskäl skedde inga observationer då patient träffade läkaren. Därför kartlades istället läkarens arbete via en kompletterande semistrukturerad intervju. Semistrukturerade intervjuer är vanligtvis schemalagda i förväg och har ett antal förutbestämda öppna frågor, vilka brukar följas upp av frågor som kommer fram under intervjun (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Den semistrukturerade intervjun valdes för kunna ställa frågor inom specifika områden, samtidigt som läkaren sedan fick svara fritt på dessa, vilket gav en viss flexibilitet (Bryman & Bell, 2007). Under den semistrukturerade intervjun antecknade en gruppmedlem, medan den andra ställde frågor. Anteckningarna kollades sedan igenom av båda som medverkat på intervjun och kompletterades.

Intressentkartläggning

För att ta fram vilka intressenter som var intressanta att intervjua har det utgått från tre olika perspektiv: vilka som kan antas vara delaktiga i utvärderingen 2015, vilka som kommer att utnyttja mottagningen samt vilka som är intresserade av dess framtida existens. I ett initialt skede diskuterades det med mottagningens personal för att ta reda på vilken information de hade om hur utvärdering 2015 skulle gå till och vilka som kommer att medverka och bestämma om mottagningen får fortsatt finansiering.

En kartläggning har därefter skapats med utgångspunkt från de tre perspektiven nämnda ovan, mycket med hjälp av så kallade *snöbollseffekten*, att personerna som intervjuades fick berätta om vilka de ansåg var intressenter till mottagningen och varför, för att på så sätt få fram fler intressenter (Bryman & Bell, 2007). Intressenterna grupperades i fyra olika grupper för att få en överskådlig bild: sjukhuspersonal, politiker, patienter samt regionala verksamheter som arbetar med analys och utveckling.

Intressentintervjuer

För att samla in information från mottagningens intressenter valdes det att genomföra semistrukturerade intervjuer. Kontakt med de olika intressenterna togs först genom att ett mejl skickades med kort information om vilka författarna var och information om vidare kontakt för att dagen efter ringa och boka en tid för intervju, detta för att informera i förväg och för att lägga grunden till ett bättre telefonsamtal. Att först informera om att en kontakt ska upprättas är något som Bryman och Bell (2007) förespråkar. Vid första samtalet med en intressent var utgångsläget att kunna få en direktintervju för att bättre få en känsla för den intervjuade, att lättare kunna anpassa frågorna, och därmed få en bättre intervju (Bryman & Bell, 2007). Om en intressent inte hade möjlighet att genomföra en direkt intervju på grund av exempelvis arbetande på annan ort eller brist på tid gjordes valet att genomföra intervjun via telefon. Till de som önskade skickades frågemallen ut på förhand.

Vid intervjuerna närvarade alltid två personer, en som var huvudansvarig för att ställa frågor och en som under tiden antecknade. Alla intervjuerna spelades in med hjälp av telefon eller dator för att efter intervjun renskrivs. Detta gjordes för att det är svårt att få med allt första gången då minnet har sina begränsningar och för att det tillät författarna att gå igenom intressenternas svar flera gånger (Bryman & Bell, 2007). Detta gav även möjlighet att ta ut citat från intervjuerna. Uppstod det funderingar eller oklarheter kring något ämne upprättades en mejlkontakt med den intressent vars svar inte varit tillräckligt tydliga. Att två av författarna medverkade vid varje intervju motiveras med att det kan anses lättare att uppfatta den intervjuades reaktioner och se till att alla ämnen behandlades (Bryman & Bell, 2007). En annan fördel var att en av intervjuerna kunde fokusera på att ställa frågorna, medan den andra kunde anteckna.

Intervjuerna som genomfördes var av semistrukturerad karaktär, där det utgicks från frågor valda utifrån vilken arbetsposition intressenten hade, och sedan kompletterades med frågor längs med intervjuens gång beroende på vad som sades av intressenten (Blumberg et al, 2011). Detta sätt att intervjua valdes för att det är flexibelt (Bryman & Bell, 2007), vilket behövs då intressenterna har väldigt olika arbeten och positioner och olika mycket inblick i det arbete som bedrivs på mottagningen. Fördelen med semistrukturerade intervjuer var att det tidigt gick att utröna om en person hade kunskaper om ett visst ämne, så som utvärderingen av mottagningens verksamhet 2015 och organisationens uppbyggnad, och att det därför kunde väljas hur specifika frågor som skulle ställas.

Antalet olika intressenter ansågs som mättat efter att alla de kartlagda intressenterna hade kontaktats och svaren på de essentiella frågorna blivit besvarade. Enligt en teoretisk urvals metod kan ett urval ses som teoretiskt mättat när alla kategorier är mättade med data. Kategorierna ses som mättade när ingen ny relevant data tycks komma fram, dess egenskaper är utvecklade och visar på variation, samt

när relationerna mellan de olika kategorierna är fastställda (Bryman & Bell, 2007). Intressenterna hade kunnat intervjuas igen för att få fram mer relevant data men det ansågs ta för lång tid jämfört med vad det arbetet hade gett och vara svårt att få intressenterna att ställa upp igen.

Det skedde enbart tre intervjuer med patienter. Det hade varit önskvärt att få intervjua fler patienter för att kunna få ett bredare underlag att grunda analys på. Försök gjordes för att få till intervju med fler patienter, men det visade sig dels svårt att få tag i patienter villiga att ställa upp och dels lämnades ett par återbud bland de som sa sig vilja ställa upp på intervju. Detta i kombination med studiens begränsade tidsrymd gjorde att det endast fanns möjlighet till de tre genomförda intervjuerna.

2.2.1 Insamling av sekundärdata

De sekundärdata som har samlats in för studien har uteslutande varit av kvalitativ karaktär. Sekundärdata i denna studie innefattar i huvudsak verksamhetsberättelser från andra verksamheter inom sjukvården som aktivt arbetar med patientfokuserad vård. Dessa har studerats för att se hur de omsätter teori om patientcentrering i praktisk verksamhet och vilka resultat det har medfört. Detta för att kunna jämföra mottagningens arbete med dessa och på så sätt utröna vilka resultat mottagningens arbete kan ge. Det är något som inte hade varit möjligt att underbygga med enbart primärdata då mottagningen är nystartad och några resultat av deras verksamhet inte har kunnat mätas. Vidare har deras arbets sätt och resultat underbyggt förslag på hur mottagningen kan utveckla sin verksamhet för att ytterligare förbättra vårdkvaliteten för patientgruppen. Inledande information i form av publicerade artiklar om dessa verksamheter gavs av studiens handledare och av mottagningens personal. Därefter hämtades ytterligare information från verksamhetsberättelser direkt publicerade från de respektive verksamheterna. Denna typ av kedjesökning är enligt Nyberg (2000) ett lämpligt sätt att hitta relevant förstahandsinformation. Ytterligare sekundärdata har samlats in i form av patientberättelser, vilka har använts som ytterligare stöd och komplettering av de patientintervjuer som har utförts i studien. Att underbygga primärdata med sekundärdata är ett sätt att säkerställa att data som analyseras är korrekt vilket därmed ökar trovärdigheten i analyserna som gjorts (Bryman & Bell, 2007).

Det kan diskuteras huruvida data från dessa verksamheter direkt är överförbara på mottagningen då det finns skillnader mellan sjukvårdssystemen i olika länder och mellan verksamheter i olika delar av vården. Detta har dock hanterats genom att använda sekundärdata från liknande verksamhet i Storbritannien samt olika verksamheter i Sverige. På så sätt kan skillnaderna mellan olika sjukvårdssystem och olika verksamheter till viss del överbyggas. Optimalt hade varit att använda information från liknande verksamhet i samma sjukvårdssystem som mottagningen. Detta har dock ej varit möjligt då liknande mottagningar inte finns i Sverige.

2.3 Litteratursökning

Den litteraturstudie som ligger till grund för projektets teoretiska ramverk påbörjades i ett tidigt stadium av studien och utformades efter de frågeställningar som studien syftar till att besvara. Inledningsvis fokuserades det på att ta fram ett ramverk för patientcentrerad vård med begreppet *God vård* i fokus. Detta ramverk baserades till största del på sjukvårdsartiklar. Efter att detta avsnitt sammanstälts skiftades fokus till att ta fram ett teoretiskt ramverk för den verksamhetsutvecklingsdel som ingår i rapporten. Detta teorikapitel baserades på både artiklar och facklitteratur relaterade till verksamhetsutveckling inom sjukvård. Litteraturstudien inleddes med en systematisk sökning. Detta innebär en sökning efter vetenskapliga artiklar i samtliga relevanta databaser (Forsberg & Wengström, 2003). I denna studie var det huvudsakligen Chalmers bibliotekskataloger Libris och Chans som

användes vid sökningen. Denna sökning utformades efter Forsberg och Wengströms (2003) sex steg för att genomföra en systematisk litteratursökning:

- Ange problemformulering/frågeställning
- Specificera avgränsningar
- Gör en plan för litteratursökningen
- Formulera sökord
- Genomför litteratursökningen
- Tolka och värdera utfallet av sökningen

När denna sökning var avslutad utfördes en kedjesökning på det funna materialet. En kedjesökning innebär att intressanta källhänvisningar i litteraturen genomsöks för att i sin tur hitta ännu mer relevant material (Nyberg, 2000).

Vissa svårigheter påträffades vid sökande av lämplig teori kring verksamhetsutveckling i denna typ av verksamhet. Majoriteten av teorin kring verksamhetsutveckling riktar sig mot vinstdrivande företag, med betalande kunder. Därutöver riktar sig teorin mer anpassad för sjukvården till förbättringsåtgärder på högre nivå, bland annat för att minska köer. Då mottagningen skiljer sig från företag och är en småskalig mottagning med en kö som kommer att ta mycket lång tid att arbeta bort, var det svårt att hitta någon passande teori kring verksamhetsutveckling. Det har strävats efter att hitta så passande teori som möjligt och applicera den så gott som möjligt.

2.4 Analys av data

Det är en fördel att i en kvalitativ undersökning löpande gå igenom och analysera de data som samlas in, exempelvis för att det ger idéer om hur undersökningen ska fortskrida (Patel & Davidsson, 2003). Efter varje intervju och observation har dessa därför transkriberats och diskuteras för att hitta samband med vad som framkommit vid tidigare intervjuer och observationer. Genom att löpande analysera intressentintervjuerna kunde ytterligare intressenter identifieras, enligt Bryman och Bells (2007) snöbollseffekt. Om det uppstod några oklarheter kontaktades intressenterna via mejl för förtydligande.

Processen att avkoda och analysera data inleddes redan samma, eller nästkommande, dag som observationerna och intervjuerna genomförts. Detta för att eventuella kompletteringar skulle kunna göras från minnet. Avkodningen av data gjordes i enlighet med Mays och Pope (1995) för att kunna hantera och skapa förståelse för det som observerats och framkommit vid intervjuer. I samband med detta började datareduktionen och strukturerandet av data, då sådant som bedömdes som irrelevant för studien sållades bort och olika information delades in i olika grupper efter vilken del av rapporten de tillhörde. Dock har reduktion av data inte skett i någon större utsträckning direkt efter intervjuer då, enligt Blumberg et al. (2011), ett bortfall av intressant information skulle kunna ske vid reduktion i ett för tidigt läge. Även om detta innebar en större mängd data att gå igenom vid skrivandet av analysen visade det sig att det fanns relevanta ämnen som diskuterats av intressenterna vid intervjuerna som inte tycktes vara relevant vid början av studien.

För att kunna strukturera resultaten av verksamhetskartläggningen har diverse flödesscheman och mind-maps använts, dessa användes för att hitta gemensamma nämnare för problemen och förfinades sedan för att kunna användas i rapporten. Då problem stötts på i processen att behandla resultaten har kompletteringar gjorts med ytterligare observationer, ostrukturerade intervjuer och i ett fall en semistrukturerad intervju, vilket är i enlighet med Bryman och Bell (2007) vid komplettering av data. Denna information har sedan analyserats för att hitta de problem som finns i verksamheten idag samt för att med hjälp av befintlig teori och intressenters åsikter hitta lösningar och förbättringsförslag på nämnda problem.

Såväl problemanalys som förbättringsförslag kontrollerades av samtliga gruppmedlemmar för att säkerställa att de motsvarade de problem som finns och att de presenterade förslagen skulle eliminera dessa på ett sätt som överensstämde med teori och intressenters åsikter. Kontinuerligt har också resultaten, och i viss mån slutsatserna, bekräftats av mottagningens personal för att kunna verifiera informationen. Genom att verifiera data på detta sätt stärks, enligt Bryman och Bell (2007), studiens validitet.

De olika intressenterna delades vid kartläggningen upp i olika grupper genom att hitta gemensamma nämnare. Detta gjordes för att lättare strukturera upp på vilket sätt de olika intressenterna var intressanta och för att sammanställa relevanta frågor till respektive intressent. Denna uppdelning byggde på vad som framkommit vid tidigare intervjuer samt information om deras respektive arbetsuppgifter.

Sekundärdata har analyserats och jämförts med insamlad primärdata löpande under insamlingen för att kunna bedöma datas relevans. På så sätt kunde också data framställas och reduceras löpande vilket underlättat analysarbetet i enlighet Miles och Huberman (1994).

2.5 Studiens kvalitet

Kvalitet i såväl kvantitativa studier som kvalitativa studier handlar om validitet, reliabilitet och generaliserbarhet (Patel & Davidson, 2003). Reliabilitet handlar om huruvida det är möjligt att upprepa en studie och få samma resultat. Reliabilitet är främst viktigt i kvantitativa studier (Bryman & Bell, 2007), i kvalitativa studier går reliabilitetsbegreppet ihop med validitet (Patel & Davidson, 2003). För att säkerställa reliabilitet i observationerna, utfördes ett flertal observationer. Resultaten från dessa jämfördes för att säkerställa att rätt beteende observerats, detta ökar reliabiliteten (Blumberg et al., 2011). Dock hade ännu fler observationer kunna öka reliabiliteten ytterligare genom att säkerställa att det observerade beteendet verkligen var konstant. Men det ansågs inte prioriterat då tiden det skulle ta att göra dessa extra observationer inte skulle ge mycket mer än att ställa kontrollfrågor till personalen, samtidigt som möjligheten för fler observationer begränsades av tillgången på möjliga besök. Sekundärdata i form av verksamhetsberättelser från verksamheter med uttalat patientfokus hade med fördel kunnat underbyggas med primärdata för att säkerställa att information inte lyfts ifrån sitt sammanhang (Bryman & Bell, 2007). Kontakt med verksamheten i Storbritannien upprättades, intervjufrågor sammanställdes och sändes ut via e-post, dock erhöles aldrig något svar. Därtill lyckades författarna inte nå någon som kunde medverka på intervjun från de studerade verksamheterna i Sverige. Detta sänker reliabiliteten i sekundärdata till viss del.

Validitet i en kvalitativ studie är kopplat till hur väl underlag skaffas för att tyda det studerade och hur studien lyckas fånga det mångtydiga och motsägelsefulla. Ett vanligt sätt att säkerställa validitet i kvalitativa studier är triangulering, vilket innebär att data från flera olika källor används för insamlande av data (Patel & Davidson, 2003). I fallet kartläggning av verksamheten och analys av problem och förbättringsförslag grundade sig dessa på data från observationer, såväl som intervjuer med samtlig personal på mottagningen, vilket ger en hög validitet. Vid intressentintervjuerna skedde ingen triangulering, vilken skulle kunna sänka validiteten något. Det bedömdes inte vara nödvändigt att intervjua flera intressenter med liknande position, utan det bedömdes mer relevant att täcka ett så brett område som möjligt under den begränsade tiden. Det fanns inte heller någon större möjlighet att hitta flera personer på liknande poster. Det ansågs tillräckligt att intervjua ordförande respektive chef, då de ansågs ha övergripande kunskap om ämnena det frågades om. För att minska risken för feltolkning valdes att kontakta intressenter via mejl då oklarhet om vad som sagts uppstod, på så sätt kunde insamlad data valideras. I analysen av intervjuer har citat med egna kommentarer blandats, vilket är något att sträva efter (Patel & Davidson, 2003).

Generaliserbarhet i en kvalitativ studie handlar om hur väl resultatet kan användas i liknande situationer eller kontexter. Samtidigt är generalisering som begrepp är problematiskt i kvalitativa studier. Då varje studie är mer eller mindre unik, är det viktigt att utförligt beskriva forskningsprocessen, så att läsaren kan bilda sig en egen uppfattning om de val som gjorts i processen. Rapporten har skrivits med detta i åtanke, vilket stärker generaliserbarheten (Patel & Davidson, 2003). På grund av mottagningens speciella situation, kan förmodligen inte studien användas för att ge generella rekommendationer utanför denna specifika verksamhet. Om detta sätt att behandla patientgruppen införs på fler platser i Sverige, kan dock studien bidra som en grund att bygga vidare på vid en generalisering av denna typ av verksamhet.

Studiens kvalitet har till viss del påverkats av etiska aspekter, vilket har inneburit viss begränsning. Som tidigare beskrivet kunde författarna inte medverka då patient träffar läkare, vilket begränsade möjligheten att observera arbetet på mottagningen. Därutöver var det omöjligt att genomföra observationer med någon typ av deltagande, då författarna inte kunde jobba med patienter eller patientinformation. Vidare har det visat sig svårt att få tag i patienter, dels då kontaktuppgifter till patienter är känsligt och fick tillhandahållas via mottagningens personal, dels handlar det om en känslig period i patientens liv. Det strävades efter att lösa dessa begränsningar genom andra tillvägagångssätt, som intervju med läkare och patientåsikter från sekundärkällor.

3 Teoretiskt ramverk

I detta kapitel presenteras det teoretiska ramverk som ligger till grund för analys och utformandet av förbättringsförslag i denna studie. Kapitlet innefattar *Vårdkvalitet och sjukvård som en tjänst, Sjukvårdens organisation, Patientfokuserad vård, Co-creation, Verksamhetsutveckling, Uppföljning av tjänstekvalitet* samt *Hållbar utveckling*.

3.1 Sjukvård som en tjänst samt vårdkvalitet

Då personerna som besöker mottagningen är friskförklarade från sin cancersjukdom, och de flesta vid besöket på mottagningen inte är inne i någon vårdprocess, kan de inte ses som patienter i ordets huvudsakliga mening. Det som mottagningen i huvudsak erbjuder är en möjlighet för dessa personer att få en bedömning av deras risk att drabbas av seneffekter och en möjlighet att få vidare hjälp med effekter av sjukdom och behandling. Således är mottagningens uppgift inte traditionellt vårdgivande utan kan snarare ses som en tjänsteleverantör till de som besöker mottagningen. Därför kan relationen mellan mottagningen och de som besöker den, i viss mån, liknas vid den mellan kund och producent som agerar på en traditionell marknad. Denna förändrade syn på sjukvård kan enligt Engström (2012) ses i hela sjukvårdssystemet, men mottagningens speciella uppgift innebär att detta synsätt i än högre grad är tillämpligt på dess verksamhet. Därför utgår detta teoretiska ramverk just från ansatsen att sjukvård kan ses som en tjänst där värdet som tillförs kunden är i form av bättre hälsa (Nordgren, 2008). Givet denna syn på sjukvård kan teorier utformade för kvalitetsutveckling av tjänster generellt då även anses vara tillämpliga på sjukvården.

Avsnitten i detta kapitel är utformade med utgångspunkt i Socialstyrelsens (2008) definition av vårdkvalitet via ramverket *God vård*. Enligt Socialstyrelsen kan vårdkvalitet delas upp i sex punkter, som tillsammans bygger upp och säkerställer att vården lever upp till kraven på god patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet, vilka kort behandlas nedan.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Vården ska byggas på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas så att den individuella patientens behov bemöts på bästa möjliga sätt.

Säker hälso- och sjukvård. Säker hälso- och sjukvård bygger på att förhindra att vårdskador uppstår genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Patientsäkerhet ska genomsyra allt kvalitetsarbete och där det bedrivs vård ska nödvändig kompetens och utrustning för att bedriva *God vård* finnas tillgänglig.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård. Vården ska ges med hänsyn till individens specifika behov, förväntningar och värderingar, vilket också ska vägas in i de kliniska besluten.

Effektiv hälso- och sjukvård. Tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål, vilket innebär att vården ska utformas och ges i samverkan mellan olika aktörer inom vården baserat på den individuella patientens vårdbehov och kostnadseffektiviteten för de nödvändiga insatserna.

Jämlik hälso- och sjukvård. Vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid. Ingen patient ska behöva vänta, mer än vad som kan bedömas som skälig tid, för att få sina vårdbehov bemötta.

3.2 Sjukvårdens organisation

Enligt Glouberman och Mintzberg (2001) kan sjukvårdens organisation traditionellt beskrivas som starkt fragmenterad och uppdelad i fyra delar som arbetar i det närmaste oberoende av varandra. Dessa delar utgör sjukvårdens fyra C: *Care*, *Cure*, *Control*, och *Community*, vilka beskrivs nedan (Glouberman & Mintzberg, 2001). Denna uppdelning av vården kan identifieras i de flesta länders sjukvårdssystem, däribland även Sveriges (Glouberman & Mintzberg, 2001; Nutek, 2007). För att styra och koordinera en starkt differentierad organisations resurser krävs en hög grad av integration och kommunikation mellan organisationens olika delar (Lawrence & Lorsch, 1967). Sjukvården kännetecknas enligt Glouberman och Mintzberg (2001) av låg grad av integration vilket enligt Nutek (2007) innebär, vid sidan om ett lågt resursutnyttjande i vården ur ett holistiskt perspektiv, också ett hinder för god vårdkvalitet för patienterna.

Care

Denna första del av sjukvården består av vårdpersonal såsom sjuksköterskor och undersköterskor som sköter omsorgen av patienten, viss vård, administration samt stödjer läkaren i dennes arbete. Vårdpersonalen är starkt kopplad till organisationen och det är de som ser till att den fungerar på daglig basis (Glouberman & Mintzberg, 2001). Glouberman och Mintzberg (2001) lyfter också denna modell från att bara beröra sjukhusen till samhället i stort där omsorgsdelen av sjukvården då också innefattar andra vårdinstanser som primärvård och tjänster som ser till patientens övriga behov. Dessa tjänster är kopplade till patientens sjukdom som exempelvis kuratorer, arbetsterapeuter och bidragshandläggare med flera (Nutek, 2007).

Cure

Det akuta botandet av patientens sjukdom sköts av läkare som till skillnad från vårdpersonalen endast träffar patienten en kort tid för att ställa diagnos eller exempelvis utföra en operation, och ser därför inte till omsorgen av patienten. Läkarna är endast svagt kopplade till organisationen och ser patienten som sin huvudsakliga arbetsgivare. Läkarna arbetar på sjukhusen, inte för dem (Glouberman & Mintzberg, 2001). Läkarkåren är uppdelad i avgränsade specialiteter som exempelvis kardiologi, onkologi och endokrinologi med flera. Dessa specialiteter fokuserar endast på en viss typ av symptom eller diagnos och integrationen och kommunikationen mellan dessa specialiteter är låg, liksom integrationen mellan sjukvårdens olika delar (Nutek, 2007).

Control

Kontrollen över organisationen som helhet innehas av de administrativa cheferna som också innehar det formella ansvaret för organisationens verksamhet. Dessa kan endast indirekt påverka den operativa verksamheten genom tilldelning av resurser till verksamheten. Deras arbete med att styra organisationen som helhet kompliceras av svårigheterna att koordinera verksamheten mellan de små och i det närmaste självständiga enheterna som de olika specialiteterna utgör (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Community

Denna del utgörs av representanter från samhället såsom politiska partier, myndigheter och patientorganisationer som styr organisationen på en övergripande nivå via tilldelning av resurser i form av budgetar och politisk lobbyism (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Den låga integrationen mellan ovan nämnda delar inom sjukvården, mellan sjukhusen och övriga vårdinstanser i samhället samt mellan olika specialiteter inom läkarkåren, innebär att en patient som har ett diversifierat behov möter en mycket splittrad och dåligt koordinerad vård utifrån ett holistiskt perspektiv av dennes hälsa (Nutek, 2007). Eftersom en sådan patient behöver vård på flera

specialistavdelningar eller olika vårdinstanser är det svårt att koordinera den totala vårdinsatsen. Detta då varje specialistavdelning eller instans ordinerar behandlingar utifrån sitt kompetensområde och saknar förståelse i och kontroll över vilka behandlingar som ordineras patienten från andra avdelningar, vilket kan vara direkt farligt för patienten. Vidare innebär denna splittring av sjukvårdens organisation en suboptimering inom varje vårdinstans och specialistområde, där varje enhet konkurrerar med de andra om resurser. Detta istället för att söka optimera resursanvändningen i organisationen som helhet utifrån vad som innebär den högsta totala vårdkvaliteten för patienterna (Nutek, 2007). Denna organisationsmodell innebär således ett hinder för god vårdkvalitet och patientsäkerhet samtidigt som den inte använder vårdens knappa resurser på ett effektivt sätt.

3.3 Vård med patienten i fokus

Som en reaktion på det splittrade och uppdelade vårdssystemet som Glouberman och Mintzberg (2001) med flera beskriver, där patientens bästa i ett holistiskt vårdperspektiv blir åsidosatt till förmån för de skilda agendorna inom vårdens olika delar, har ett behov av en sjukvård som sätter patienten i fokus, istället för dennes diagnoser, vuxit fram (Cliff, 2012). Begreppet patientcentrerad vård myntades på 1950-talet men synsättet har inte fått fäste i sjukvården förrän på senare år. Detta på grund av att synsättets mjukare och icke-kliniska aspekter såsom patientens preferenser och värderingar, familjesituation och livsstil inte har prioriterats lika högt som mer kliniska aspekter såsom patientsäkerhet, vårdkvalitet och vårdkostnader (Balik et al., 2011). Detta traditionella synsätt att en patientcentrerad vård inte medför positiva effekter på vårdkvalitet, patientsäkerhet samt vårdkostnader är dock inte längre aktuellt (Cliff, 2012). Patientcentrerad vård har nu exempelvis givits stort utrymme i *En nationella cancerstrategi för framtiden* (SOU, 2009) som en viktig faktor i förbättrandet av cancervården i Sverige, samt som ett av sex mål för att förbättra det amerikanska sjukvårdssystemet (Institute of Medicine, 2001). Vidare har Riksrevisionen (2013) fastslagit att Sverige i jämförelse med andra länder ligger efter i uppbyggandet av patientcentrerad vård och att detta är något som bör prioriteras för att förbättra den svenska sjukvården framöver.

Cliff (2012) listar ett antal anledningar till att krav på patientfokuserad vård har vuxit fram under 2000-talet. En åldrande generation med ökande kunskap om sjukvård och sin egen hälsa ökade krav på delaktighet i och information om sina behandlingar är den största faktorn utifrån ett patientperspektiv. Detta mestadels på grund av tillgången på information via Internet. Ur ett samhällsperspektiv ökar kraven på transparens och spridning i rapportering av resultat från sjukvården.

Enligt Institute for Healthcare Improvement (2011) kan ett patientcentrerat vårdssystem generera högre vårdkvalitet samtidigt som det ökar effektiviteten i vården och således sänker kostnader samt förbättrar patienternas totala välbefinnande och deras vårdupplevelse.

3.3.1 Definition av patientcentrerad vård

Det finns en mängd olika tolkningar av vad patientcentrerad vård innefattar men det saknas en entydig och tydlig definition (Cliff, 2012). Enligt Institute for Healthcare Improvement (2011) är ett vårdssystem patientcentrerat om det tar hänsyn till patientens värderingar och åsikter, deras familje- och livssituation samt betraktar patienten som en integrerad del i ett vårdteam där patienten och vårdpersonal tillsammans fattar kliniska beslut om patientens vårdplan. Denna tolkning hittas också i *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU, 2009) och i Socialstyrelsens (2008) ramverk *God vård*. I Socialstyrelsens (2008) definition görs dock tillägget att strävan efter patientcentrerad vård inte får riskera patientsäkerheten eller den medicinska vårdkvaliteten. Notera att medicinsk vårdkvalitet här är skilt från total vårdkvalitet som berördes ovan. Medicinsk vårdkvalitet innefattar endast den rent

medicinska behandlingen medan vårdkvalitet innefattar såväl medicinsk vårdkvalitet som övriga delar av patientens totala vårdupplevelse (Socialstyrelsen, 2008).

Gemensamt för i stort samtliga definitioner är att de kan härledas tillbaka till något av fyra perspektiv: sjukvårdspolitiskt perspektiv, patientperspektiv, ekonomiskt perspektiv eller kliniskt perspektiv (Robinson et al., 2008). Dessa beskrivs nedan.

Sjukvårdspolitiskt perspektiv

Utifrån en övergripande holistisk agenda som syftar till att bygga upp ett högkvalitativt vårdssystem kan patientcentrerad vård definieras som ett partnerskap mellan vårdpersonal, patienter och deras familjer, när så är lämpligt. Detta för att säkerställa att patientens vårdplan reflekterar patientens totala vårdbehov, vilja och värderingar samt att patienten har tillgång till information och stöd för att kunna fatta beslut rörande sin hälsa, behandling samt ha möjlighet att vara delaktig i skapandet av sin egen vård (Institute of Medicine, 2003). Denna definition hjälper till att forma visioner för sjukvården i stort och utgör en grund för andra definitioner av patientcentrerad vård (Robinson et al., 2008).

Ekonomiskt perspektiv

Ett ekonomiskt perspektiv på patientcentrerad vård erkänner patienten som kapabel att fatta informerade beslut om sin egen vård och beskriver relationen mellan patient och vårdgivare som en relation liknande den mellan producent och kund på en kommersiell marknad (Robinson, 2005). Patienten kan genom tillgång till information från flera källor, främst internet, och direkt marknadsföring av läkemedel specificera vilken vård denne efterfrågar och kan då vända sig till vårdgivaren för att få efterfrågan mött (Robinson et al., 2008). Det bör dock noteras att det inte går att anamma detta konsumtionssynsätt på vård fullt ut då patienten inte har tillräcklig medicinsk kunskap för att kunna diagnostisera och ta fram behandlingsalternativ (Sillow-Carroll et al., 2006). Relationen mellan patient och vårdgivare blir då snarare en styrd konsumtion där patienten får möjlighet att välja mellan behandlingsalternativ och i huvudsak kan påverka hur och när vården levereras (Robinson, 2005).

Kliniskt perspektiv

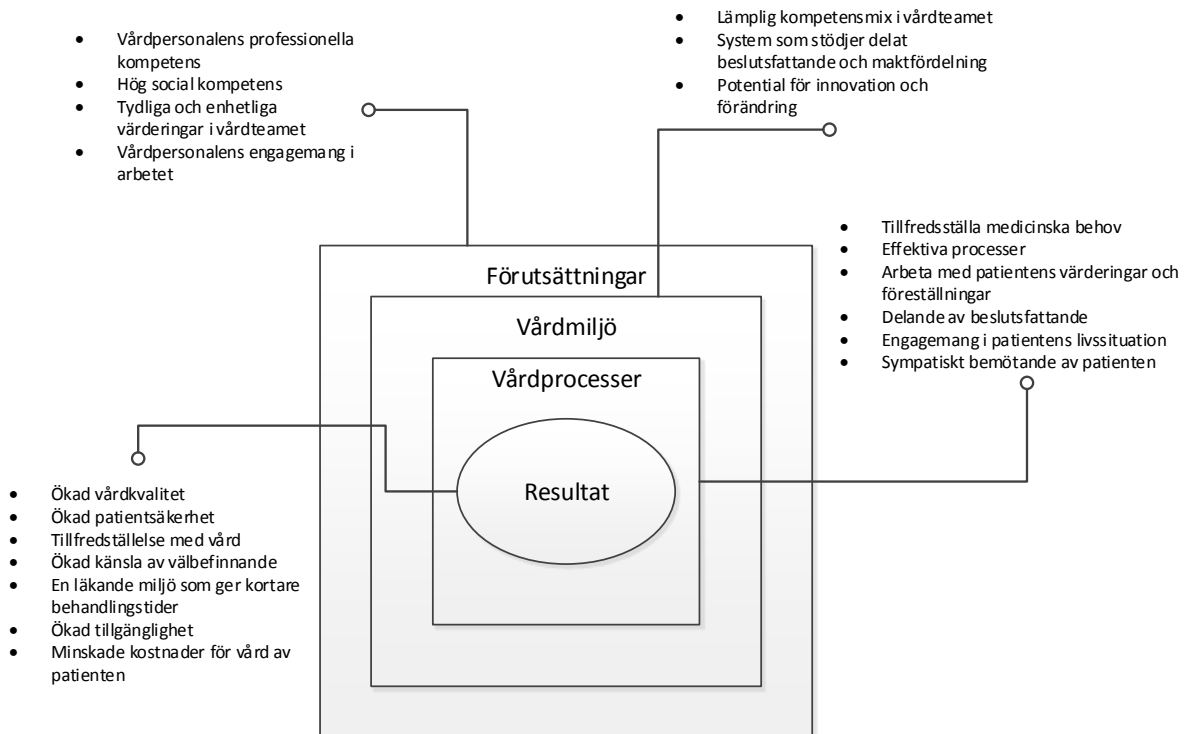
Traditionellt har relationen mellan vårdgivare och patient varit fokuserad på vårdgivaren där patienten betraktades som en passiv mottagare av vård utan hänsyn till patientens preferenser. En tidig definition av patientcentrerad vård utifrån ett kliniskt perspektiv var att patientens värderingar tillsammans med psykosociala behov och patientens upplevelse av sin sjukdom skulle integreras i vårdproduktionen. Patientfokuserad vård ska ge en relation mellan patient och vårdgivare som fokuserar på individens totala välbefinnande (Stewart et al., 2000). Definitionen utifrån detta perspektiv har sedan kommit att även innefatta vikten av att, i den mån det är möjligt, lära känna patienten som person samtidigt som en träffsäker diagnos för att bota dennes sjukdom ställs (Robinson et al., 2008).

Patientperspektiv

Patientperspektivet är essentiellt för att kunna definiera patientfokuserad vård då det är ifrån patienten vården ska utgå (Robinson et al., 2008). Det finns trots detta ingen klar definition av patientfokuserad vård ur patientens perspektiv. Det har dock gjorts studier som visar att vårdgivarens kompetens, dennes respekt för patienten, information, vårdens tillgänglighet, delaktighet i beslut och kommunikation är de aspekter som patienter värderar högst och bedömer som viktigast vid kontakt med sjukvården (Little et al., 2001).

3.3.2 Patientcentrerad vårdmodell

De fyra perspektiv, som bygger upp definitionen av patientfokuserad vård, som behandlats ovan kan sammanställas till en modell, enligt *Figur 3.1* nedan, som visar hur patientfokus kan skapas i vården, samt vilka resultat detta kan ge.



Figur 3.1. Patientcentrerad vårdmodell. Fritt tolkad efter McCormack et al. (2010).

1. Förutsättningar. De förutsättningar som krävs för att kunna anamma patientfokuserad vård gäller främst kompetens och värderingar hos personalen som ska bemöta patienten. Personalstyrkan måste dela en uppfattning om att patientfokus är viktigt och enhetligt kunna visa upp detta för patienten för att undvika förvirring och skapa trygghet för patienten. Det är viktigt att poängtera att patientfokus inte bara får vara aktuellt när det passar vårdgivaren utan måste vara konsekvent för att patienten ska känna sig delaktig och lyssnad till. Social kompetens bland vårdpersonalen är också viktigt för att kunna skapa ett givande utbyte i relationen mellan vårdgivare och patient, något som är essentiellt för att kunna läsa av och fånga patientens totala vårdbehov (McCormack et al., 2010).

2. Vårdmiljö. Att ge en patientcentrerad vård kräver en vårdmiljö som är anpassad efter detta synsätt. Essentiellt är att det finns en lämplig kompetensmix i vårdteamet för att kunna tillfredsställa patientens holistiska vårdbehov. Detta ställer krav på effektiva relationer i vårdteamet och att kommunikationen och utbytet av kunskap och information mellan de ingående personerna är tydligt och omfattande. Det krävs att vårdsystemet är anpassat till att fördela makten mellan patient och vårdgivare och stödjer ett delat beslutsfattande där patienten har möjlighet att välja mellan olika, av vårdgivare framtagna, alternativ rörande patientens vård. Miljön måste också främja innovation och möjlighet att anpassa vårdsystemet efter patientens individuella behov (McCormack et al., 2010).

3. Vårdprocesser. Patientfokuserad vård kan brytas ned i ett antal aktiviteter som främjar patientens centrala ställning i dennes vård. Dessa inkluderar att arbeta med patientens värderingar och preferenser och visa engagemang i patientens totala livssituation och på så sätt kunna leverera en sympatisk vård. Patienten måste också låtas vara en aktiv part i framtagandet av dennes vårdplan och behandling samtidigt som patientens medicinska behov tillfredsställs med hög vårdkvalitet och

patientsäkerhet (McCormack et al., 2010). Ett patientfokus ställer också krav på att vården ska vara tillgänglig och jämlik för alla vilket i sin tur innebär att vårdprocesserna måste vara effektiva och spendera så lite tid som möjligt på sådant som inte direkt genererar värde för patienten (SOU, 2009).

4. Resultat. Genom att tillåta patienten att vara delaktig i produktionen av dennes vård kan patientens tillfredsställelse med vården och känsla av välbefinnande ökas då patienten kan känna kontroll över sin livssituation och har möjlighet att själv påverka sin hälsa. Genom engagemang i patientens livssituation och ett sympatiskt bemötande kan en läkande miljö skapas som kan leda till ett snabbare tillfrisknande och därmed kortare behandlingstid vilket ökar vårdkvaliteten och frigör resurser på sjukhusen (McCormack et al., 2010). Vidare så kan resultaten av vården för den individuella patienten optimeras genom att se till patientens totala vårdbehov vilket också det ger god vårdkvalitet och patientsäkerhet. Att samla berörda kompetenser kring patienten ökar också effektiviteten i vården då suboptimeringen som uppkommer när specialiteterna är skilda minskar. Detta leder till ökad tillgänglighet och minskade kostnader för vården av patienten ur ett holistiskt perspektiv.

3.3.3 Praktisk tillämpning av patientfokus

Det har utifrån modellen för patientfokuserad sjukvård som behandlades ovan vuxit fram främst två angreppsmetoder för att skapa vård med patienten i fokus som gett goda resultat för kommunikationen och relationen mellan vårdtagare och vårdgivare (Nutek, 2007). De har också gett ökad efterlevnad av patientens vårdplan och därför inneburit mer effektiv användning av vårdens resurser (Robinson et al., 2008). Angreppssätten beskrivs nedan.

Det första angreppssättet är att skapa patientfokuserade vårdkedjor där flera inblandade specialiteter samverkar i diagnostiseringen av patienten och framtagandet av dennes totala behandlingsplan. På så sätt är samtliga inblandade insatta i patientens vårdbehov från början och vårdprocessen behöver inte börja om i varje ny instans av sjukvården som patienten besöker. I och med att vårdkedjan överskrider kompetens- och ansvarsgränser kan behandlingen av en diagnos på en avdelning anpassas efter patientens övriga diagnoser och behandlingar inom andra specialistområden och på så sätt ge en ökad vårdkvalitet och vårdssäkerhet för patienten (Nutek, 2007). Det innebär också att vårdprocessen kan optimeras för att ge så effektiv totalvård som möjligt istället för att varje avdelning ska optimeras för sig, alltså undviks suboptimering vilket ger god resurseffektivitet för vården som helhet.

Det andra angreppssättet är att skapa ett patientcentrum utifrån en viss patientgrupp där all kompetens som krävs för att hantera patientgruppens medicinska behov, samt andra behov utifrån patientens livssituation, samlas på ett ställe (Nutek, 2007). Exempel på sådana kompetenser utöver medicinska kan vara kuratorer och arbetsterapeuter, vilka kan hantera de ickemedicinska behov som uppkommer på grund av sjukdomen eller behandlingen. Detta innebär att patienten endast får en kontaktpunkt genom vilken patientens totala vårdbehov kan tillfredsställas, vilket liksom i angreppssättet ovan leder till ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet. Detta främst genom att ledtiderna drastiskt kan kortas då all relevant kompetens finns samlad på ett ställe. Vidare innebär det också att resurseffektiviteten kan lyftas ytterligare en nivå och även inkludera samhällstjänster utöver den direkta sjukvården (Nutek, 2007).

Sammanfattningsvis kan patientcentrerad vård beskrivas som en vård som sätter patientens totala hälsa i centrum istället för att fokusera på patientens olika symptom och diagnoser. Denna låter patienten vara delaktig i beslutsfattandet och skapandet av sin egen vård och tar hänsyn till patientens livs- och familjesituation och även involverar det i bemötandet av patienten.

3.4 Co-creation

Begreppet *co-creation* innebär ett samskapande mellan organisation och kund. Först tas teorin upp generellt för att sedan appliceras på sjukvården.

3.4.1 Co-creation generellt

Den traditionella modellen för värdeskapande kretsar kring ett förhållande där organisationen har en aktiv roll och kunden är passiv. Fokus för skapandet låg på den egna tolkning av vad produkten eller tjänsten erbjöd och utvecklingen skedde inom organisationen. *Co-creation* är en form av marknads- eller affärsstrategi där fokus istället ligger på att skapa värde tillsammans med kunden (Ind & Coates, 2013). Detta gemensamma skapande har sitt värde i en unik upplevelse för kunden där behoven i högre grad kan uppmärksammas och tillfredsställas samt i en lärandeprocess som gynnar både kund och organisation (Bhalla, 2011). Skapandet inom *co-creation* syftar enligt Ind och Coates inte alltid till skapandet av själva produkten eller tjänsten, utan till skapandet av nytta med den. Den personliga nyttan med produkten eller tjänsten skapas alltid tillsammans med kund vare sig organisationen vill eller inte, då upplevelsen är unik och beror på individen i fråga (Ind & Coates, 2013). Då kunden måste ses som central ligger det i organisationens intresse att bredda sitt perspektiv vid produkt- eller tjänsteutveckling och aktivt jobba med kund istället för att låta kunden ha en passiv roll i värdeskapandet.

Detta förändrade synsätt tillsammans med ett skifte från produkter till en mer tjänsteorienterad marknad har banat väg för uppkomsten och användandet av *co-creation*. En tjänst har naturligt en högre grad av kundfokus då man kommer ett steg närmare kunden. Övergången till en mer tjänsteorienterad marknad beror både på en verklig förändring då länder som Storbritannien, Frankrike och USA domineras av tjänster, men också på det förändrade synsättet (Ind & Coates, 2013). En liknande utveckling har även identifierats i Sverige (Grönroos, 1983). Vargo och Lusch (2004) påpekar även att en produkt alltid innehåller tjänstelement eftersom det är dess användande som har betydelse för kunden.

Bhalla (2011) kopplar denna övergång till uppkomsten av en ny typ av kund som är en produkt av det samhälle vi lever i idag. Organisationer måste lära sig att hantera denna nya typ av kund, som är bättre utbildad, mer samarbetsvillig och mycket mer av en tillgång för organisationen (Bhalla, 2011). Bhalla (2011) har identifierat fyra drag hos vad han kallar för en ny typ av kund som lämpar sig för *co-creation*.

- Aktivt deltagande och involvering
- Balanserar experters åsikter och eget omdöme
- Verkar nätverkande med andra kunder och organisationen
- Kan agera både producent och konsument

Alla kunder besitter dock inte dessa egenskaper och lämpar sig således inte lika bra för att skapa värde tillsammans med.

3.4.2 Co-creation inom sjukvården

Forskning inom sjukvård har under senare år sett en ökning av kopplingar till *co-creation*, där patienten i större utsträckning får bidra till sin egen vård (Badcott, 2005). En av anledningarna till det ökade intresset för *co-creation* är möjligheten att frigöra kapacitet och sänka kostnader inom vården. Patienter upplever också en ökad grad av frihet (Engström, 2012). Den upplevda nyttan av vården är också mer än de mediciner och behandlingar som ges. Den psykologiska aspekten, eller det känslomässiga välbefinnandet, kan till stor del kopplas till upplevd grad av egenkontroll och kan ökas genom att känna sig delaktig i sin vård, vilket visat sig förbättra utfallet av behandlingar (Robinson et

al., 2008). Patienter har även i vissa fall mer direkt kontroll över utfallet än någon annan medlem i vårdteamet (Lengnick-Hall, 1995). Kvaliteten på vården för patienten beror då på patientens kunskap, färdigheter, ansträngning och motivation (Lengnick-Hall, 1995).

Den förändrade synen på patienter har enligt Engström (2012) också att göra med en större trend av marknadsiering av samhället som helhet, där patienter ses som konsumenter eller till och med värdeskapande kunder. Denna trend behöver inte nödvändigtvis alltid vara bra och en patient som redan befinner sig i en utsatt position vill inte nödvändigtvis ta ännu mer eget ansvar för sin behandling. Det är dock viktigt att stödja och uppmärksamma möjligheterna för de patienter som vill vara med och gemensamt skapa värde (Nordgren, 2008). Slutsatsen av Nordgrens resonemang är att det är viktigt att se till människornas verkliga behov och inte låsas fast vid ett särskilt synsätt.

Tillämpningar av *co-creation* inom sjukvården skiljer sig till viss del från andra marknader. Sjukvården är statligt finansierad och marknadsmekanismer är inte närvarande i samma utsträckning. Incitamentsstrukturen skiftar därför från monetära belöningar till att helt enkelt kunna erbjuda patienter en bättre vård, något som ligger i både patients och sjukvårdens intresse (Zweifel et al., 1997). De kundegenskaper som Bhalla (2011) nämner passar fortfarande bra in på de egenskaper som en patient behöver besitta för att effektivt kunna utnyttja *co-creation*. Inom sjukvårdens värld begränsas dock graden av samskapande av patienternas kunskapsbrist inom medicin och sjukvård. Istället handlar det mer om att genom patientberättelser och intervjuer ta reda på och utforma vårdprocesser efter patienternas behov (Elg et al., 2012). Läkarna är i slutändan de som har expertisen. I vissa fall kan dock patienter med kroniska sjukdomar vara mycket pålästa och vara experter på sina egna sjukdomar (Nutek, 2007). Generellt handlar det dock mer om att lägga ut en del av vården på patienterna själva än att gemensamt ta fram nya läkemedel eller behandlingar. Ett exempel på en sjukdom där patienten kan utföra stora delar av vården själv är diabetes, där patienten kan ta blodprov, ge insulin och med sin kosthållning minska behovet av professionell vård. För detta vårdupplägg krävs också rätt teknik för att möjliggöra värdeskapande genom *co-creation*. Patienten måste kunna mäta sitt hälsotillstånd och skicka in resultaten till en ledningscentral där läkare och sjuksköterskor kan analysera resultaten för att kunna sätta in ett mobilt vårdteam om professionell vård krävs. På så sätt frigörs alltså vårdplatser på sjukhusen och resurser i vården genom att patienterna själva tar över ansvaret och behandlingen av sin egen sjukdom och livssituation (Nutek, 2007).

McCull-Kennedy et al. (2012) har gjort en studie om vad det egentligen kan innebära att patienter samskapar värde. Studien bygger på tidigare publicerad data från sjukvården och ny data insamlad genom intervjuer, observationer och fokusgrupper (McCull-Kennedy et al., 2012). Studien resulterade i ett antal olika aktiviteter som är kopplade till samskapande och hur de förbättrar vården för patienterna. Ett urval av dessa presenteras nedan.

Co-operating

Co-operating innebär att patienten accepterar den information som ges från vårdgivaren. Det kan vara att patienten tar emot ett dokument som förklarar alla problem som kan relateras till den aktuella sjukdomen och läser detta (McCull-Kennedy et al., 2012). Det kan också vara att patienten går med på det som vårdgivaren rekommenderar. Exempel på detta kan vara att patienten tar sin medicin eller ger sig själv sprutor.

För att stödja patienten i detta är det viktigt för vårdgivaren att aktivt informera patienten om varför det är nödvändigt att ta del av information om den egna sjukdomen. Kunskap hos patienten kan i det här fallet öka känslan av kontroll och detta är något som borde belysas för att få ett samförstånd mellan patient och vårdgivare (Gill et al., 2011). Kan vårdgivaren föra en dialog om alternativa behandlingar

och ett gemensamt beslut tas så ökar chansen för att patienten följer rekommendationen helhjärtat (McColl-Kennedy et al., 2012).

Combining complementary therapies

Patienten använder sig av supplement till den aktuella behandlingen. Exempel på detta kan vara träning, en hälsosam diet eller meditation (McColl-Kennedy et al., 2012). För att uppmärksamma patienten på möjliga behandlingar är det nödvändigt att informera om att det finns alternativa behandlingar, eller supplement till den behandling som ges. Här kan vårdgivaren presentera för patienten vilka resultat som har uppnåtts genom att till exempel äta en balanserad kost, eller hur träning kan påverka utfallet vid given diagnos (Deng & Cassileth, 2005).

Co-learning

Co-learning innebär att patienten aktivt söker egen information från andra källor än vårdgivaren. Det kan vara internet, böcker eller kanske andra patienter med samma sjukdom. Informationen som samlas in delas sedan med vårdgivaren och kan bidra till lösningar som inte hade uppmärksammats annars (McColl-Kennedy et al., 2012). För att patienten ska känna trygghet i att själv söka upp information behöver vårdgivaren under hela kontakten uppmuntra patienten att agera själv (Gill et al., 2011). Detta behöver inte ske aktivt, utan kan ske passivt genom att vårdgivaren ger information och förslag på vart patienten kan vända sig ytterligare. När patienten får känna sig delaktig i sin egen vård stöds den i att ta egna initiativ.

Changing ways of doing things

Patienten är involverad i planering av anpassningar på lång sikt som huvudsakligen rör patientens ekonomi och arbete. Exempel på detta kan vara om patienten ska arbeta heltid, halvtid eller inte alls. För att reda ut detta måste patienten själv kontakta myndigheter, försäkringskassa eller en finansiell rådgivare och är således förberedd på möjliga konsekvenser och kan ta ställning i förväg till om beslutet är hållbart. Även här är det viktigt att vårdgivaren förser patienten med information i ett tidigt stadium. På så sätt vet patienten i god tid vad en eventuell behandling kan få för konsekvenser och hur länge denna kan tänkas behöva sjukskriva sig (McColl-Kennedy et al., 2012).

Co-production

Co-production har att göra med till vilken grad patienten assisterar vårdgivaren i att designa om behandlingsprogram och sammansättningen av läkarteam. Patienter kan välja att söka sig till en annan mottagning för att få tillgång till en annan specialist eller liknande. För att uppnå detta måste sjukvården tillhandahålla valmöjligheter när det gäller behandling och ge patienten information om vilka kompetenser som finns tillgängliga, även på andra vårdinrättningar och inom andra medicinska och ickemedicinska specialiteter, för att patienten ska kunna fatta välgrundade och informerade beslut (McColl-Kennedy et al., 2012). Detta bygger på att vårdgivaren har en öppen inställning gentemot alternativa behandlingar, något som ofta inte är fallet inom sjukvården i dagsläget (Glouberman & Mintzberg, 2001), och kan ge objektiva råd till patienten.

3.5 Verksamhetsutveckling

En del av vårdkvalitet enligt *God vård* (Socialstyrelsen, 2008) är att vården ska vara effektiv. I detta avsnitt presenteras teori kring verksamhetsutveckling, först generellt och sedan mer specifikt för vården.

3.5.1 Processer, flaskhalsar, variationer och spill

I alla verksamheter är processer det som skapar värde för kund. Processer kan definieras som sekvenser av aktiviteter som för information, material eller människor framåt, från start till mål (Åhlström, 2010). Processer kan beskrivas på olika abstraktionsnivåer och kan exempelvis vara från att en patient får sin diagnos tills denna är friskförklarad, eller ett besök på en vårdcentral.

Processer kan vara mycket olika, men det finns egenskaper som är gemensamma för alla processer. En viktig sådan egenskap är att det i nästan alla processer uppstår flaskhalsar, givet att två krav uppfylls: processen innehåller sekventiellt beroende och det finns variation i processen. Sekventiellt beroende innebär att det finns aktiviteter i processen som måste utföras i en specifik ordning. Variationer innebär att det finns faktorer som gör att variationer i tiden processen kan ta uppstår, exempel på detta kan vara variationer i tiden när patienter kommer till en bokad tid. När dessa två krav uppfylls kommer det att uppstå en flaskhals i processen, vilken dikterar hur stort flödet i processen kan vara. De andra aktiviteterna kan alltså inte utföras i snabbare takt än i flaskhalsen, varför det är essentiellt att flaskhalsen får jobba så mycket som möjligt. Att eliminera flaskhalsar är ett effektivt sätt att förbättra processer (Åhlström, 2010). Nästintill alla processer innehåller variation av något slag och det kan vara svårt att bli av med denna, speciellt om flödesenheterna är människor. Alla människor har sina egna behov och förutsättningar, varför det blir svårt att effektivisera och standardisera de processer där människor flödar. Variation kan finnas i både ankomsttid och i betjäningstid, där variationer i ankomsttid medför variationer i betjäningstid (Modig & Åhlström, 2011).

Det finns två övergripande tillvägagångssätt för att eliminera flaskhalsar, eller i alla fall minska deras effekt, att antingen öka kapaciteten i flaskhalsen eller att angripa orsaken till flaskhalsen: sekventiellt beroende och variation (Anupindi, 2006). Att minska sekventiellt beroende innebär att aktiviteterna görs om så att de inte behöver utföras i en viss ordning, utan istället kan utföras parallellt. För att öka tillgängligheten inom vården, såväl som andra verksamheter är det essentiellt att minska variationerna (Åhlström, 2010).

Patientfokus ställer krav på att vården ska spendera så lite tid som möjligt på sådant som inte adderar värde. *Lean* är ett populärt begrepp inom verksamhetsutveckling, som bland annat handlar om att minimera aktiviteter som inte skapar värde. Sådant som inte genererar något värde kan kallas spill och inom alla tillvägagångssätt för att förbättra verksamheter är det viktigt att eliminera spill (Slack et al., 2010). Inom *lean* brukar spill delas in i följande grupper (Slack et al., 2010; Manos et al., 2006):

1. Överproduktion
2. Väntetider
3. Transporter
4. Processen
5. Lager
6. Rörelse
7. Defekter
8. Outnyttjad potential hos personal

Dessa typer av spill finns såväl inom produktion som inom tjänsteorganisationer (Slack et al., 2010). Överproduktion innebär att mer produceras än vad som behövs. Väntetider innebär att en resurs, en anställd eller maskin, väntar på att få arbeta. Transporter är när material eller människor förflyttas. Processen innebär att processen i sig kan ge upphov till spill genom att innehålla onödiga aktiviteter. Att ha material bundet i ett lager är inte värdeadderande. Rörelse är när en arbetare rör sig utan att

addera värde. Defekter är spill som uppstår på grund av kvalitetsbrister. Att inte utnyttja personalens fulla potential resulterar i spill (Manos et al., 2006). Framträdande i *lean* är också att ständigt utvecklas. När utveckling sker är det viktigt att se till att förbättringar möter behoven och kraven kunderna har på verksamheten (Slack et al., 2010).

3.5.2 Verksamhetsutveckling i vården

Lean handlar om att minska aktiviteter som inte tillför värde, i fallet med vården kan detta beskrivas som att det frigör tid för personalen att lägga på att faktiskt möta patienternas behov (National Health Service Institute for Innovation and Improvement (NHS), 2010b).

Det spill som kan identifieras inom *lean* kan också översättas till sjukvården. Överproduktion är även inom vården att göra mer än som behövs och uppkommer mest inom arbete som utförs i batcher, exempelvis olika typer av sjukhusrelaterat pappersarbete. Väntetider inom sjukvården kan yttra sig genom att patienter får vänta på akuten för att få hjälp, eller genom personal som väntar på att få resultatet av ett tidigare test. Spill i form av transporter kan uppkomma när patienter och utrustning flyttas runt. Spill rörande processer kan inom sjukvården yttra sig genom att göra mer än vad som efterfrågas ur ett patientperspektiv. Lager inom sjukvården har ofta visat sig vara överfulla och kostnaden skulle kunna sänkas genom att ha mer frekventa leveranser, istället för att få volymrabatt. Spill i form av rörelse kan uppkomma på grund av omständlig design av lokaler, eller brist på optimala arbetsförhållanden som resulterar i att personal får ta flera vändor för att hämta saker. Defekter kan precis som inom andra verksamheter orsaka problem. Ett exempel på detta kan vara felmärkta blodpåsar. Att inte utnyttja personalens kunskap, färdigheter, utbildning och kreativitet ger upphov till mycket spill inom sjukvården. Outnyttjad potential uppkommer ofta genom sjukvårdens silomentalitet, hierarkiska strukturer och bristen på arbete i team (Manos et al., 2006).

Flaskhalsar bestämmer takten för hela vårdprocessen och för att lyckas med förbättringar, är det viktigt att behandla flaskhalsen. Detta kan göras antingen genom att maximera arbetet i flaskhalsen eller flytta arbete från den (National Health Service Modernisation Agency (NHS), 2005a). Ett sätt att avlasta flaskhalsar är att byta roller, att exempelvis utbilda en sjuksköterska att sköta något en läkare gjort tidigare, vilket effektivt ger mer tillgänglig specialisttid (NHS, 2004). Om flaskhalsen exempelvis är en läkare, ska läkaren endast göra arbete som det krävs en läkare för (NHS, 2005a).

Inom vården är ofta variationerna stora, i form av många olika diagnoser, olika behov av stöd och vilka sociala förhållanden patienten kommer ifrån (NHS, 2005a). Det är därför viktigt inom vården att minska variationerna, för att förbättra patientflödet (Fillingham, 2007). Variationer kan vara både naturliga och artificiella, där det förstnämnda beror på typen faktorer nämnda ovan, som inte direkt kan påverkas, och det andra innebär variation som skapas genom bland annat hur tid schemaläggs, vilka tider personalen jobbar och tillgången på vårdmateriel (NHS, 2005b). Den artificiella variationen har ofta störst inverkan på patientflödet och det är också denna det går att arbeta med och minska (NHS, 2005b).

Att utveckla sin tjänst är meningslöst om det inte samtidigt undersöks om de förändringar som görs är så effektiva som de borde kunna vara och att det faktiskt är rätt förändringar som görs. Att utvärdera sitt arbete är viktigt för att ge en känsla av vart verksamheten är på väg och stämma av att den är på väg i rätt riktning. Förutom att ge feedback på de egna förbättringarna är ett annat skäl att visa finansierare att pengarna användas på ett bra sätt (NHS, 2005c). För att utveckla vården, är det viktigt att systematiskt utvärdera patienternas syn på vården och ha en dialog mellan anställda och patienter (NHS, 2005d).

3.6 Uppföljning av tjänstekvalitet

Tjänstesektorn har, som tidigare nämnts i detta teoriavsnitt, vuxit kraftigt under 1900- och 2000-talet med allt fler företag som inriktar sig på att sälja och leverera tjänster. En tjänst är, enligt Grönroos (1992) definition, något som skapas och konsumeras under en interaktion mellan producent och konsument. På grund av detta, tillsammans med en tjänsts abstrakta natur, är det endast konsumenten som kan definiera en tjänsts innehåll och bedöma dess värde. Detta är något som måste tas i beaktande vid utvärdering av tjänsten och dess kvalitet (Grönroos, 1992).

Det finns en mängd olika definitioner av kvalitet men i det närmaste samtliga bygger på ansatsen att kvaliteten av en produkt i allmänhet och en tjänst i synnerhet, på grund av dess subjektiva värde, endast existerar som upplevd kvalitet hos konsumenten (Buzzell & Gale, 1987). Vidare menar Grönroos (1992) att en tjänsts kvalitet är förhållandet mellan en konsuments förväntade och upplevda kvalitet. Den upplevda kvaliteten kan delas upp i en teknisk och funktionell faktor, där den tekniska faktorn består av tjänstens faktiska resultat, exempelvis medicinska resultat i sjukvården. Den funktionella faktorn består av sättet de tekniska resultaten levererats, exempelvis hur patienten upplever sig ha blivit bemött av vårdpersonalen på sjukhuset. Den tekniska tjänstekvaliteten kan i viss mån mätas objektivt, exempelvis huruvida en bil fungerar eller ej efter den varit på verkstaden, medan den funktionella endast kan mätas subjektivt genom att ta reda på hur konsumenten uppfattade tjänsten (Grönroos, 1990).

För att kunna följa upp en tjänst och dess kvalitet måste således konsumentens subjektiva förväntningar och upplevelser av tjänsten kartläggas och analyseras. För att kunna göra detta behöver företaget eller organisationen först identifiera dem vars uppfattning är intressant att mäta, det vill säga de som erhåller värde av tjänsten. Konsumenten är här central men övriga intressenter som erhåller värde kan exempelvis vara aktieägare i det producerande företaget eller beslutsfattare och finansärer till en organisation eller samhällstjänst såsom sjukvård och skola (Schvaneveldt et al., 1991). När dessa identifierats kan deras förväntningar undersökas varvid ett antal kritiska faktorer, vilka tjänsten måste uppfylla för att dess kvalitet ska kunna upplevas som god, tas fram (Claver et al, 2003). Dessa faktorer kan sedan brytas ned i mätetal genom vilka tjänstens upplevda vårdkvalitet kan mätas. Detta kan göras genom undersökningar, exempelvis enkäter eller fokusgrupper, bland företagets eller organisationens intressenter (Chakravarty, 2011).

Genom att göra detta kan det följas upp huruvida tjänsten lever upp till de förväntningar, och således sitt syfte, som intressenterna till den producerande organisationen har på den. Vidare kan också gap mellan förväntad kvalitet och upplevd kvalitet identifieras varvid tjänsten kan designas om för att anpassa kvaliteten efter den nivå som efterfrågas av dess intressenter (Grönroos, 1990).

3.7 Hållbar utveckling

I kapitlet presenteras och förklaras först hållbarhet ur generell synvinkel för att sedan belysas ur ett sjukvårdsperspektiv.

3.7.1 Hållbar utveckling generellt

Det har beslutats, på både nationell och regional nivå, att det ska arbetas mer med hållbar utveckling. Hållbar utveckling kan definieras som utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov, detta utifrån perspektiven miljö, sociala förhållanden och ekonomi (Världskommissionen, 1987). Då arbetet på mottagningen är småskaligt och inga aktiviteter som påverkar miljön i någon större skala har identifierats berör denna studie endast den sociala och ekonomiska aspekten av hållbar utveckling.

Social hållbarhet har många dimensioner (McKenzie, 2004), de två mest relevanta för denna studie är livskvalitet och jämlikhet. Jämlikhet innebär att det inte finns skillnader som är onödiga och kan undvikas och som samtidigt är orättvisa (Whitehead, 2000). Jämlikhet har två dimensioner, en horisontell och en vertikal. Horisontell jämlikhet innebär att människor med samma behov får tillgång till samma resurser, medan vertikal jämlikhet innebär att människor med större behov också ska få tillgång till mer resurser (Starfield, 2011).

Ekonomisk hållbarhet innebär att det måste finnas ekonomisk tillväxt (Nationalencyklopedin (NE), 2012a). Ekonomisk tillväxt betyder att bruttonationalprodukten ökar, vilket på sikt ökar den materiella standarden (NE, 2012b).

3.7.2 Hållbar utveckling i vården

Jämlikhet inom sjukvård är enligt Braveman och Gruskin (2003) avsaknaden av systematiska skillnader i hälsa mellan grupper med olika nivåer av underliggande sociala fördelar eller nackdelar – exempelvis pengar, makt eller prestige. Inom vården är det väldigt få länder som har uppnått vertikal jämlikhet inom speciallisttjänster. Det klassiska sättet med att jobba med patienter utefter deras diagnoser ger en ojämlig vård, då patienten endast bedöms utifrån de diagnoser som ställts. Ett mer patientfokuserat synsätt, som tar hänsyn till att olika faktorer kan påverka patientens tillstånd, ger däremot högre jämlikhet (Starfield, 2011).

Ekonomisk hållbarhet handlar inom sjukvården om att i mångt och mycket hushålla med mänskliga och materiella resurser. Sjukvården använder ofta kostnadseffektivitet och utförandets effektivitet som mått för att utvärdera sin effektivitet (Land et al., 2008)

För att följa upp EU:s direktiv om en hållbar utveckling tog regeringens kommission för hållbar utveckling 2007 fram en rapport till EU:s kommission om hur långt just Sverige har kommit i det arbetet och vilka åtgärder de håller på med (Regeringskansliet, 2007a). I den rapporten står det att regeringen lägger stor vikt vid att säkra en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling. Under kapitlet Folkhälsa står det att det övergripande folkhälsomålet är "att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (Regeringskansliet, 2007b). År 2005 antog Västra Götalandsregionen, VGR, "Vision Västra Götaland – det goda Livet", en vision för att utveckla det goda livet hos regionens invånare samtidigt som hänsyn tas till de tre olika perspektiven av hållbarhet; ekonomi, socialt och miljö (Västra Götalandsregionen, 2005).

4 Empiri

Under detta avsnitt presenteras den data som samlats in, både på mottagningen, från intressenter samt från liknande verksamheter. Kapitlet innefattar *Kartläggning av arbetet på mottagningen*, *Kartläggning av intressenter*, *Intressentintervjuer* samt *Beskrivning av verksamheter med patientfokuserat arbetssätt*.

4.1 Kartläggning av arbetet på mottagningen

I detta kapitel kommer de olika delarna av mottagningens verksamhet beskrivas. Detta kommer att göras utifrån personalens perspektiv. På mottagningen arbetar i dagsläget tre personer på deltid, vilka benämns "personal" i rapporten, samt två personer som stöd till de administrativa uppgifterna:

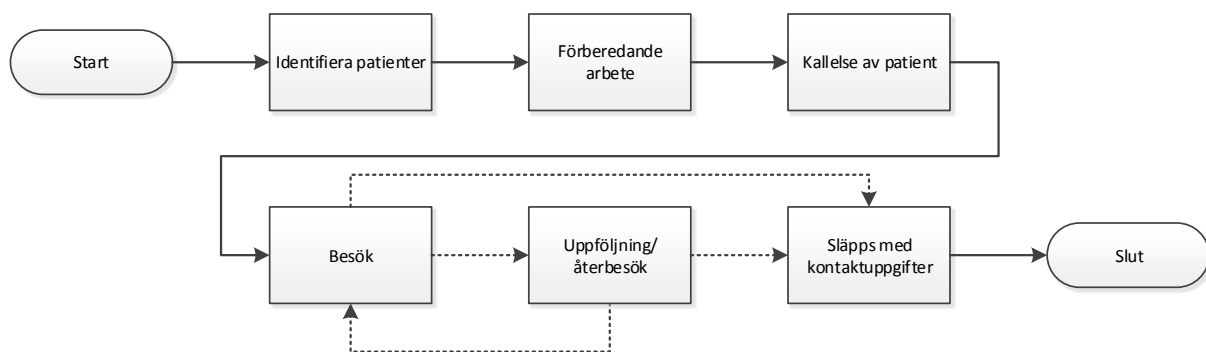
- En läkare, barnonkolog och processägare under RCC Väst, som arbetar 25 %, 10 timmar per vecka, med mottagningen.
- En specialistsjuksköterska, som arbetar på Barncancerfonden, jobbar 50 %, 20 timmar per vecka, med mottagningen.
- En socionom/kurator anställd hos RCC Väst, vilka har lånat ut 20 %, 8 timmar per vecka, av arbetstiden till mottagningen.
- En läkarstudent som arbetar som sekreterarstöd 10 %, 4 timmar per vecka.
- En pensionerad sjuksköterska som arbetar med att föra in data i kvalitetsregistret, arbetar 10 %, 4 timmar per vecka.

Patientmottagning sker vanligtvis två gånger i veckan; mottagningstid infaller på måndagar mellan klockan 13:00 och 19:00 och onsdagar mellan klockan 13:00 och 17:00, i undantagsfall har mottagningstid på lördag ordnats. Varje patients mottagningstid uppgår till i genomsnitt 90 minuter, men detta kan variera avsevärt och kan ta från under 60 minuter upp till cirka 150 minuter. Dock har personalen uttryckt att den sista tiden på långa besök ofta inte tillför något extra värde. Alla patienter bokas in för 90 minuter i bokningssystemet och det är också den tidsåtgången som patienten informeras om. Dock finns inte några fasta tider för när besöket ska börja, utan detta anpassas delvis efter patientens önskemål. I dagsläget bokas tre-fyra patienter in på måndagar och två-tre på onsdagar, beroende på uppskattad tidsåtgång. Den primära målgruppen för mottagningen är unga vuxna mellan 18 och 30 år, men även personer över 30 år har kallats. De personer över 30 år som besökt mottagningen, benämns "äldre patienter" i rapporten.

Mottagningen använder undersökningsrum, samtalsrum samt administrativ arbetsplats på Jubileumskliniken på Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. Den administrativa arbetsplatsen delas med annan sjukvårdspersonal och samtalsrum är i dagsläget provisoriskt. Under mottagning är oftast samtliga tre närvarande. Utöver denna tid sköter specialistsjuksköterskan huvuddelen av det administrativa arbetet kring mottagningen. Dock har även läkaren och kuratorn andra uppgifter som inte direkt är kopplat till patientbesök; detta beskrivs vidare under respektive underrubrik.

Mottagningens specialistsjuksköterska och läkare har tillgång till administrativ arbetsplats på Östra sjukhuset, Göteborg. Där utför specialistsjuksköterskan huvuddelen av det administrativa arbetet. Läkaren sköter de uppgifter som inte har med patientbesök att göra samt andra arbetsuppgifter utanför mottagningens verksamhet.

Det övergripande flödet för mottagningspersonalens arbete med varje enskild patient kan beskrivas som följer:

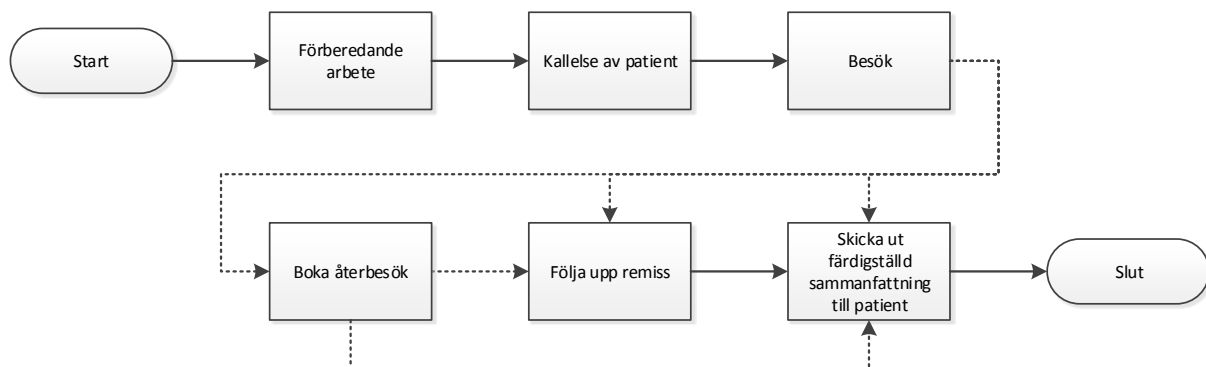


Figur 4.1. Övergripande flöde.

Identifieringen av patienter sköts av läkaren och specialsjuksköterskan, under besök och återbesök är all personal involverad. Det resterande arbetet sköts i huvudsak av specialsjuksköterskan. Nedan beskrivs först specialsjuksköterskans arbete, sedan följer personalens arbete under en patients första besök, följt av läkarens arbete, kuratorns arbete och sist övrigt arbete.

4.1.1 Specialsjuksköterskans arbete

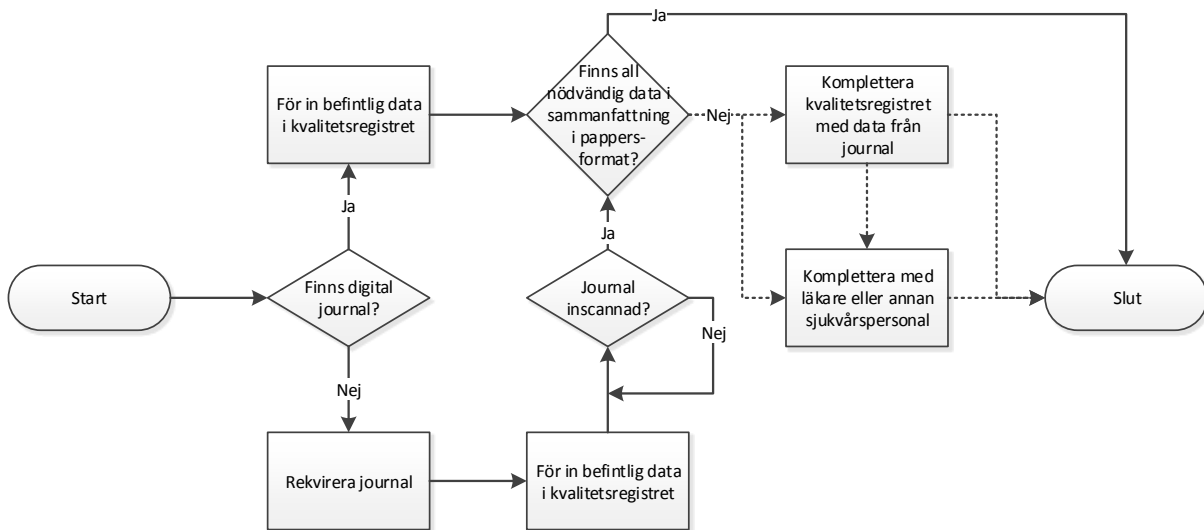
Huvuddelen av specialsjuksköterskans arbete utgörs av administrativt arbete med mottagningen. Detta sköts på en administrativ arbetsplats på Östra sjukhuset under tisdagar, torsdagar och fredagar. Härifrån sköter specialsjuksköterskan även sitt arbete kopplat till Barncancerfonden. Måndagar och onsdagar spenderas på Jubileumskliniken, då specialsjuksköterskan förutom mottagningen jobbar med administrativt arbete på en delad administrativ arbetsplats. Det administrativa arbetet och arbetet hos Barncancerfonden går in i varandra, speciellt då specialsjuksköterskan befinner sig på Östra sjukhuset. Schematiskt kan specialsjuksköterskans arbete delas in i följande steg:



Figur 4.2. Specialsjuksköterskans arbete.

I det förberedande arbetet ligger först identifiering av patienter, vilket utförs av specialsjuksköterskan i samråd med läkaren. Det beslutas om vilka patientgrupper som ska kallas först och vilka individer som bör prioriteras. Detta har gjorts utifrån sammanfattningar av den behandling patienter diagnostiserade från 1985 mottagit, som gjorts i det förberedande arbetet inför start av mottagningen. Dessa sammanfattningar är i pappersformat och har gjorts dels som ett nationellt initiativ av Barncancerfonden, dels av Barncancercentrum, Östra sjukhuset, Göteborg.

Dessa sammanfattningar ligger även till grund för det övriga förberedande arbetet innan kallelse. Detta steg är det som tar mest tid, varför det presenteras närmare:

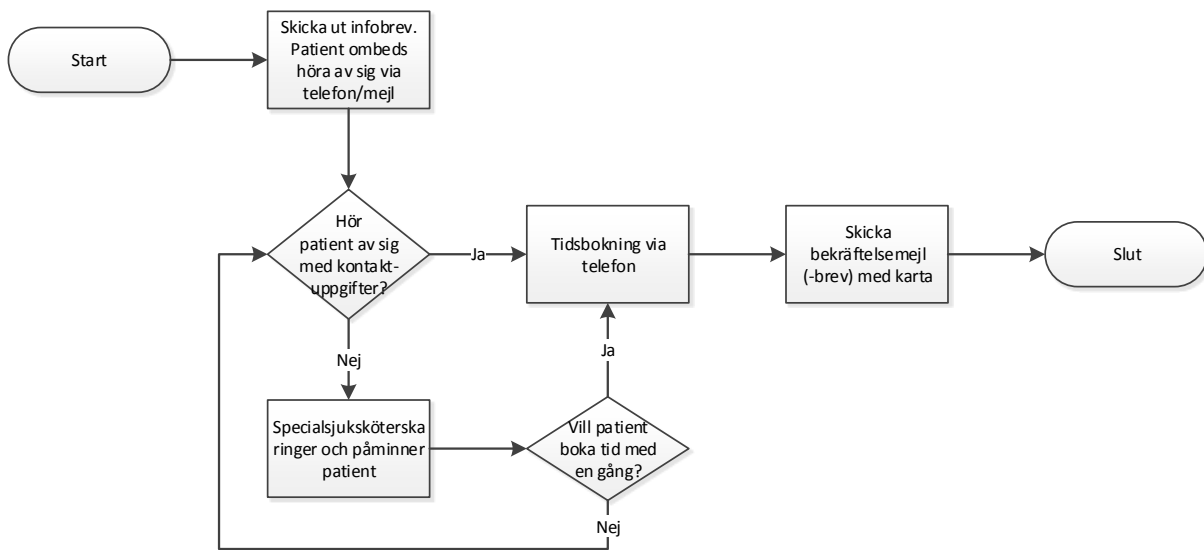


Figur 4.3. Förberedande arbete.

Innan patient kan kallas måste sammanfattningarna i pappersformat överföras manuellt till en digital sammanfattning i ett kvalitetsregister. Detta kvalitetsregister är ett av många nationella sådana som ska innehålla information om patientens problem eller diagnos, behandling och resultat för uppföljning av vårdkvalitet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). Utöver det måste journal finnas i digital form, tillgänglig för mottagningens personal. Om digital journal inte finns tillgänglig måste denna rekvireras från arkiv, för att skannas in i Sahlgrenskas journaldatabas. Förutsatt att fysisk sammanfattning finns, fyller specialsjuksköterskan i det som går i kvalitetsregistret utifrån denna, oberoende av journalens status. Saknas nödvändig information kompletteras detta från journal. I vissa fall samtalar specialsjuksköterskan med läkaren eller annan vårdpersonal inom barnonkologin angående vad som ska fyllas i. När allt nödvändigt i kvalitetsregistret är ifyllt och digital journal finns, är patienten klar att kallas. Värt att notera är att detta flöde kan skilja sig något för äldre patienter. Dels finns det patienter som diagnosticerats under 80-talet och var förhållandevis gamla då, för en del av dessa tar det längre tid att få tag på journal. Dels har en del äldre personer utan sammanfattningar hört av sig, speciellt efter en artikel i dagstidningen Metro (Andersson Åkerblom, 2013), vilka har tagits emot, men genererat mycket jobb i form av att sammanfattning måste skapas från grunden.

Specialsjuksköterskan får en gång i veckan hjälp med att föra in information till den digitala sammanfattningen. Detta arbete utförs av en pensionerad sjuksköterska som arbetar cirka fyra timmar per vecka med detta. Då sjuksköterskan inte arbetar kontinuerligt med detta arbete behövs en del hjälp av specialsjuksköterskan.

Kallelse och tidsbokning sker tätt inpå varandra och kan beskrivas på följande sätt:



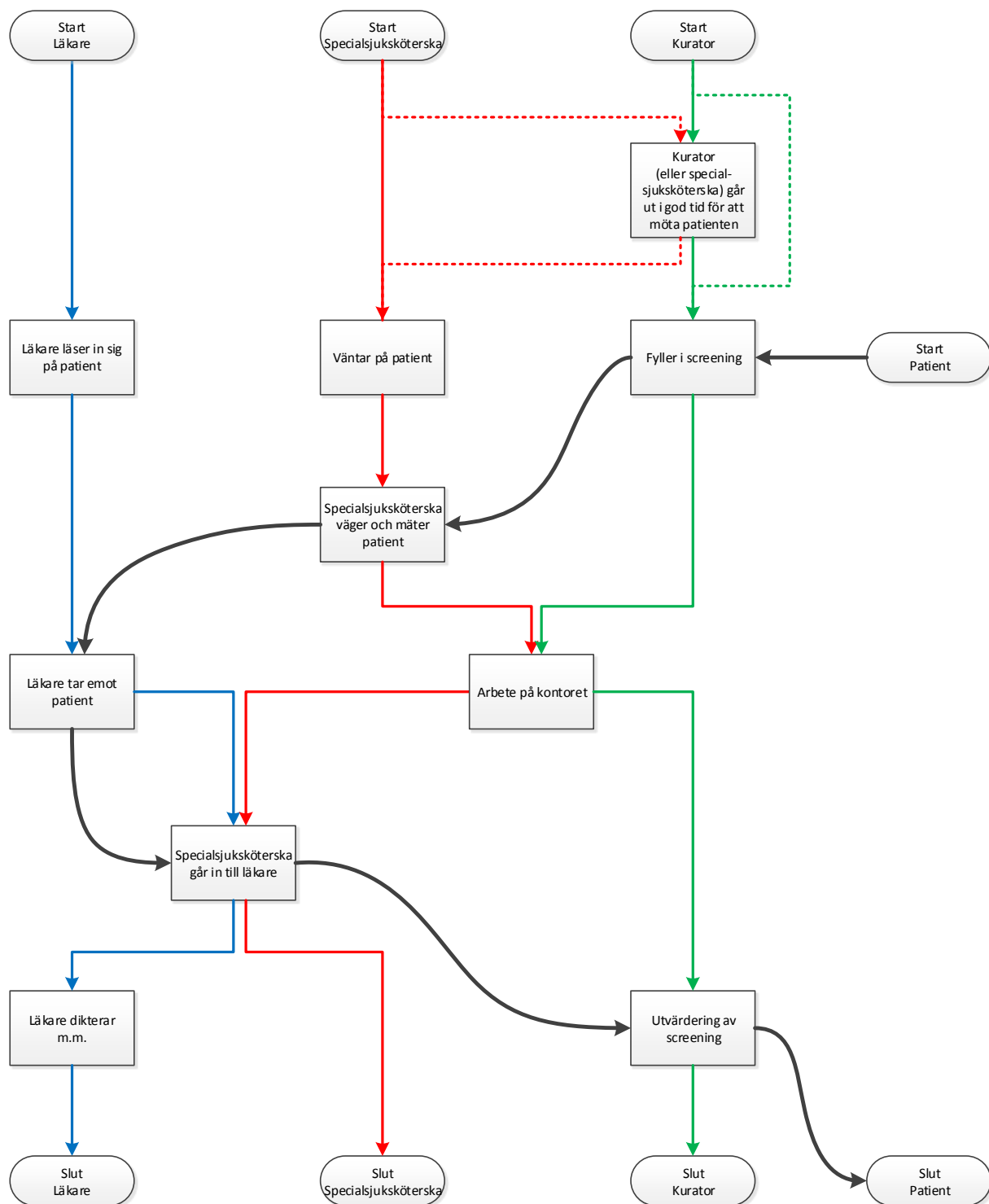
Figur 4.4. Kallelse av patient.

Information om projektet skickas till patient, med förfrågan om denna är intresserad av ett besök på mottagningen. Är patienten intresserad av ett besök, ombeds patienten höra av sig med kontaktuppgifter. Patienten rings sedan upp för tidsbokning och när tid har bokats skickas ett bekräftelsemejl, i undantagsfall ett bekräftelsebrev, med karta till mottagningen. Svarar inte patienten, ringer specialsjuksköterskan upp och påminner. Påminnelse kan göras mer än en gång och i alla fall där patienten fått en eller flera sådana har denna velat komma.

Patienten kommer sedan på besök, vilket beskrivs mer ingående längre fram. Efter besöket kommer en del patienter på återbesök och specialsjuksköterskan bokar tider för detta. En del patienter blir remitterade av läkaren till andra delar av vården. I dessa fall följer specialsjuksköterskan upp remisserna och kontrollerar så att patienten har fått komma dit de ska. Vidare skickas en fullständig sammanfattning ut till varje patient, denna hämtas från den digitala sammanfattningen i kvalitetsregistret. När inga fler återbesök eller remisser återstår släpps patienten i de flesta fall, men är välkommen att höra av sig i framtiden om något dyker upp. Patienter med stor risk för seneffekter kommer kallas för återbesök till mottagningen.

4.1.2 Ett första besök på mottagningen

Majoriteten av besöken på mottagningen är i dagsläget första besök för patienten. Då det finns många patienter i upptagningsområdet som tillhör målgruppen och ännu inte varit på besök, kommer det förmodligen vara så en lång tid framöver. Därför är bilden av hur ett första besök ser ut mycket viktigt för hur arbetet på mottagningen ser ut i stort. Under mottagningstid är samtlig personal närvarande i dagsläget, vilket personalen anser önskvärt då de får presentera sig för patienten. Nedan presenteras en schematisk bild över hur såväl personal som patient flödar genom ett första besök på mottagningen:



Figur 4.5. Patientens första besök.

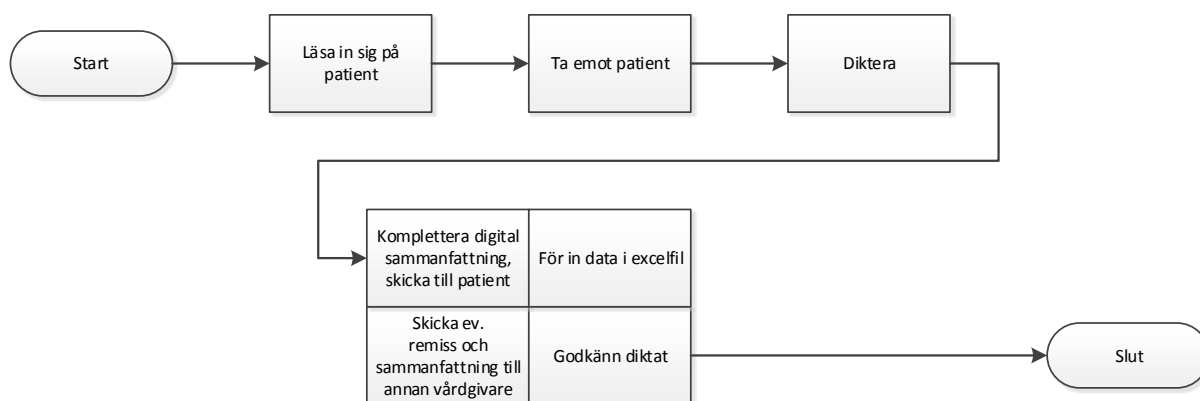
Innan besöket påbörjas läser läkaren in sig på den diagnos och behandling patienten fått utifrån sammanfattning och journal. I god tid innan utsatt mottagningstid går kuratorn ut och väntar på att patienten ska komma, detta sköts ibland istället av specialsjuksköterskan och i vissa fall av de båda. Tillsammans med kurator fyller patienten i en psykosocial *screening*, ett formulär där patienten ombeds beskriva sina bekymmer och besvär den senaste veckan och månaden, detta tar i storleksordningen 10 minuter. Denna *screening* är tagen och översatt från ett formulär från den australiensiska cancervården (Youth Cancer Service SA/NT, 2012), och är under utvärdering.

Utvärderingen ska ske fram till sommaren, sedan ska beslut tas om den ska användas i fortsättningen. I dagsläget tror personalen att *screeningen* kommer att användas fortsatt. Efter detta tar specialsjuksköterskan hand om att väga patienten och mäta dennes längd, varefter läkaren tar över. Läkargesöket står för majoriteten av besöket, med stora variationer, approximativt mellan 40 och 120 minuter. Specialsjuksköterskan brukar ansluta till läkaren efter cirka 30 minuter av denna tid, då de diskuterar patientens psykosociala tillstånd. I övrigt har specialsjuksköterskan inga klara rutiner för hur denna tid ska spenderas. Efter att patienten är färdig hos läkaren utvärderas *screeningen* tillsammans med kuratorn och lite allmänna frågor om besöket ställs. Besöket är sedan klart för patientens del, medan läkaren dikterar och specialsjuksköterskan och kuratorn inväntar nästa besök.

Det har observerats under besöken och genom intervjuer med personalen att det skiljer sig mellan patienter hur nöjda de är med sitt första besök. Generellt sett har personalen konstaterat att äldre patienter kan hjälpas mindre än de som är yngre.

4.1.3 Läkarens arbete

Läkarens arbete för varje patient och besök kan illustreras på följande sätt:



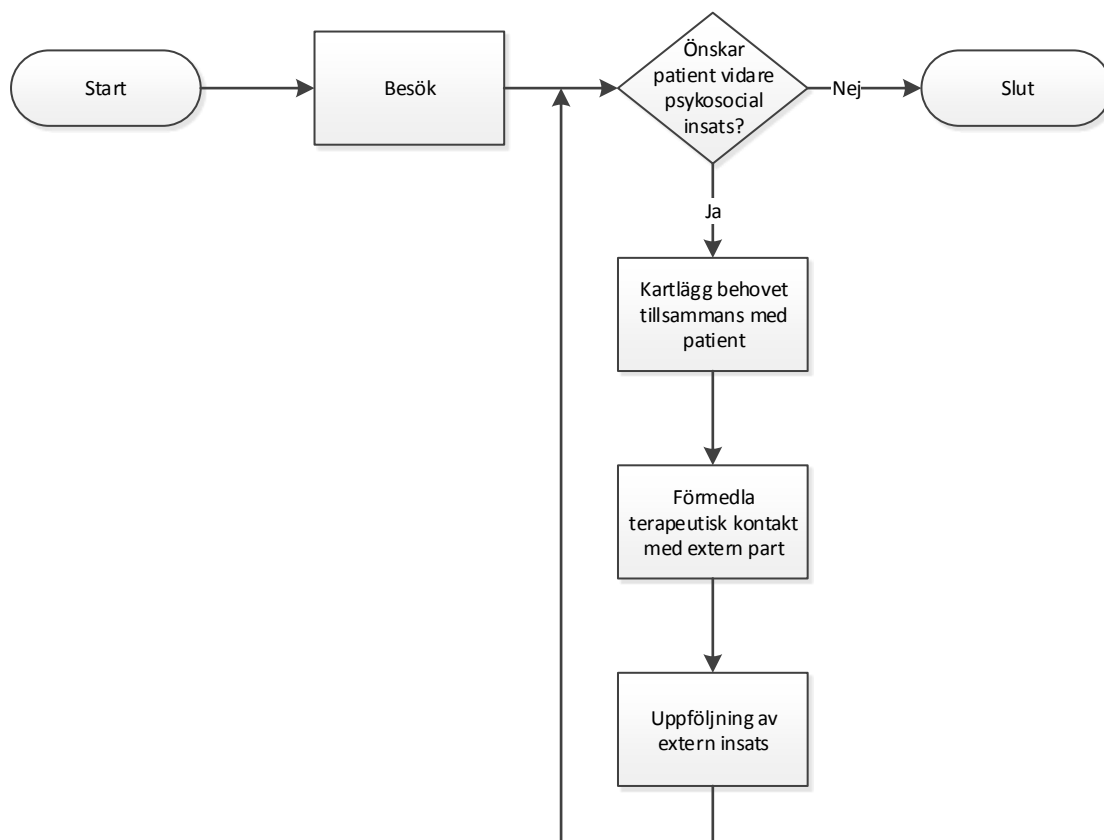
Figur 4.6. Läkarens arbete.

Utöver stegen att läsa in sig på patient, ta emot denne och diktera sker ett antal uppgifter utanför mottagningstid. Under besöken framkommer ny information, vilken förs in i sammanfattningen efter besöket. Eventuella remisser till andra avdelningar inom vården skickas även efter besöket. När den digitala sammanfattningen i kvalitetsregistret är komplett skrivs den ut och skickas till patienten. Till andra vårdgivare, när sådana är aktuella, skickas sammanfattningen tillsammans med kopia av remissen. Diktatet som gjorts skrivs ned av en läkarsekreterare och måste sedan godkännas av läkaren. Dessutom förs diverse data in av läkaren i ett exceldokument för att lättare kunna hålla koll på alla patienter som varit på besök. Mottagningen arbetar med att skaffa en databas för att kunna fylla i dessa uppgifter om patienterna, där dessutom all annan information om patienterna kommer samlas, vilket bland annat förenklar möjligheten att ta ut relevant statistik och att hålla koll på patienternas besök och remisser med mera. Dessa fyra uppgifter sker inte i någon specifik ordning. Läkaren säger att även arbetsuppgifterna kräver mer tid än avtalat och att istället för de 25 % av tiden som ska läggas på mottagningen säger sig läkaren snarare lägga 40 %.

Som hjälp till läkaren i dennes administrativa uppgifter finns en läkarstudent som arbetar som läkarsekreterare. Denna person arbetar cirka fyra timmar per vecka med att skriva ner läkarens diktat samt skriva journaler, remisser och brev.

4.1.4 Kuratorns arbete

Kuratorns arbete ser ut som följer:



Figur 4.7. Kuratorns arbete.

Av dessa steg sker de två första under patientens första besök på mottagningen och återstoden utanför mottagningstid. Kuratorn säger sig lägga mycket tid utanför mottagningstid och att 20 % arbetstid överstigs. I samband med besöket hos läkaren utreds om patienten behöver vidare psykosocial insats. Om sådant är fallet kontaktas patienten och en kartläggning av dennes behov av terapeutisk kontakt eller annan insats som ej är medicinsk görs. Kuratorn tar sedan kontakt med extern part och upprättar en kontakt till patienten. Detta tar mycket tid i anspråk och stor del av denna tid går åt till att sitta i telefonkö eller vänta på att bli uppringd av sökt person. Efter patienten träffat extern part följer kuratorn upp hur kontakten har fungerat och om patienten är nöjd eller skulle vilja upprätta en ny kontakt. Utöver patientkontakt har kuratorn en rådgivande roll, och ger råd till läkaren och specialistsjuksköterskan rörande psykosociala frågor.

4.1.5 Övrigt arbete

Kopplat till varje patientbesök diskuterar mottagningens personal patienten och besöket för att alla ska ha koll på patienten. I dagsläget sker detta på godtycklig tillgänglig tid, exempelvis i samband med besöket eller på en samlad tid.

Utöver de uppgifter som är kopplade till patienter och det administrativa arbetet gällande dessa finns ett flertal kringuppgifter som sköts till stor del av specialistsjuksköterskan, men även av läkaren och kuratorn. Dessa kringuppgifter utgörs bland annat av arbete som rör presentation av mottagningens arbete för annan sjukvårdspersonal, utbildningar, konferenser med mera. Konferenserna utgör viktiga delar både i utbildningen av mottagningens personal samt för presentationer och information till annan sjukvårdspersonal. Dessa uppgifter tar tid från de ordinarie uppgifter rörande patienterna, men

är nödvändiga för att fortsätta utveckla verksamheten och för att sprida information till andra intresserade personer inom sjukvården som vill lära sig av mottagningens arbete och kanske i framtiden själva starta en liknande verksamhet. Därför är dessa kringuppgifter viktiga för mottagningen, dess personal och patienter.

Sammanfattningsvis arbetar det idag primärt en läkare, en specialsjuksköterska och en kurator/socionom på mottagningen, varav alla lägger mer tid på detta arbete än de är anställda för. Mottagningen tar i dagsläget emot patienter två eftermiddagar i veckan och de flesta av dessa besök är patientens första. Ett besök kan ta mellan 60 och 150 minuter, men den inbokade tiden ligger i dagsläget på 90 minuter. De administrativa uppgifterna sköts till stor del av specialsjuksköterskan. Läkaren har ofta mycket att göra under mottagningstid medan kuratorn i dagsläget inte har så många konkreta uppgifter under denna tid.

4.2 Kartläggning av intressenter

Kartläggning av intressenter är viktigt av många skäl, bland annat för att kunna förse studiens andra fokusområden med information om viktiga personer och enheter kopplade till mottagningen, samt deras kunskaper och visioner för både mottagningen och vården som en helhet. Genom att genomföra en kartläggning av intressenter kunde en undersökning om hur mottagningen kommer att utvärderas år 2015 genomföras. Detta för att skapa klarhet i hur utvärderingen kommer att gå till och därefter vad som uppmärksammas som viktiga fokusområden vid utvärderingen. Nedan presenteras de intressenter som har tagits fram vid kartläggningen.

Intressentgrupp	Intressent
Sjukhuspersonal	Sahlgrenskas ledning, ordförande Barbro Fridén
	Sahlgrenskas styrelse, ordförande Kerstin Brunnström
	Område 5, chef Helena Söderbäck
	Jubileumskliniken, chef Marie Lindh
	Mottagningen, personal Marianne Jarfelt, Kirsti Pekkanen och Christina Malmström
Politiker	Hälso- och sjukvårdsutskottet, ordförande Helen Eliasson
	Hälso- och sjukvårdsnämnder, tjänsteman samt beställardirektör Ralph Harlid
Patienter	Tre stycken anonyma patienter
Regionala verksamheter	Område analys och uppföljning, chef Marie Röllgårdh
	Sjukhusekonom Per Sjöli
	Program- och prioriteringsrådet
	Regionalt Cancercentrum Väst, chef Nils Conradi

Tabell 4.1. Översiktlig tabell över de kartlagda intressenterna.

Sjukhuspersonal

Inom grupperingen sjukhuspersonal ingår alla intressenter som arbetar på Sahlgrenska universitetssjukhuset. De intressenter som grupperats som sjukhuspersonal är allt från de som praktiskt arbetar med mottagningen till de tjänstemän som arbetar med att styra Sahlgrenska universitetssjukhus. Beroende på vilken position de intervjuade personerna har haft på sjukhuset så har deras kunskap och hur insatta de är i mottagningen varierat, varvid frågorna som har ställts har haft olika karaktär.

Kirsti Pekkanen, Marianne Jarfelt och Christina Malmström är den personal som arbetar på mottagningen. Det är de som driver pilotprojektet med mottagningen och det var därför viktigt att undersöka vad de tycker är viktigt för mottagningens fokus och utveckling.

Marie Lindh är chef för Jubileumskliniken på Sahlgrenska sjukhuset. Lindh innehar en intressant tjänst eftersom hon är den som arbetar närmast mottagningen då den är lokaliserad på Jubileumskliniken. Lindh arbetar även med onkologin på Sahlgrenska universitetssjukhus, vilket ligger nära den kompetens som mottagningen arbetar med.

Helena Söderbäck är chef för område 5 på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Område 5 infattar olika stora och skiftande verksamhetsområden, däribland onkologin. Just den enskilda mottagningen är därför en väldigt liten del av hennes arbetsområde. Söderbäck sitter även med i Sahlgrenska universitetssjukhusets ledning. Söderbäck var med när förslaget lades fram för ledningen om att starta upp mottagningen på Sahlgrenska sjukhuset. Då Söderbäck sitter med i ledningen har hon en intressant tjänst.

Sahlgrenska universitetssjukhusets ledning är också en intressant till mottagningen. Ledningen består av sjukhusdirektören och de sex områdescheferna som finns på Sahlgrenska universitetssjukhuset. De ska tillsammans behandla och ta ställning till sjukhusövergripande frågor av långsiktig och principiell karaktär. Enligt Söderbäck, som är en i ledningen, kommer de tillsammans vara med vid utvärderingen av mottagningen 2015 och fatta beslut om dess fortsatta verksamhet. Ledningens ordförande Barbro Fridén tackade nej till att vara med på en intervju.

Sahlgrenska universitetssjukhusets styrelse är ansvariga för drift, utveckling och förvaltning av Sahlgrenska universitetssjukhuset. De ska bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt samt utveckla verksamheten i enlighet med regionfullmäktiges beslut. Kerstin Brunnström som är ordförande för styrelsen kontaktades men avböjde att medverka på en intervju.

Politiker

Vården styrs av landstinget och är en del av den offentliga verksamheten som finns i Sverige. Det innebär att de som styr vården på ett mer övergripande sätt är politiker då det är dessa som ansvarar för bland annat budget till vården, befolkningens krav och behov av vård samt långsiktiga, strategiska frågor.

Helen Eliasson arbetar som ordförande på hälso- och sjukvårdsutskottet. Eliasson har till uppgift att arbeta med långsiktiga frågor om strategi och utveckling för hälso- och sjukvården i VGR. Hälso- och sjukvårdsutskottet arbetar även med att se till så att vården är jämlik och att vården har en hög kvalitet. Eliasson var intressant att prata med för att se vilken del hon har i mottagningens fortsatta verksamhet och hur de i utskottet arbetar med nya verksamheter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden med regiontjänstemän är intressenter till mottagningen. Ralph Harlid är en tjänsteman som arbetar som beställardirektör för de tolv olika nämnderna i VGR. Harlids tjänst innefattar att ta fram underlag för nämnderna så att de kan prioritera och välja vad vården bör arbeta med på årsbasis samt att samordna nämndernas ordrar. Harlid var intressant att tala med för att se hur det fungerar att beställa vård, vad de tar hänsyn till och hur de arbetar kring nya verksamheter.

Patienter

Patienter är de som direkt får ta del av mottagningens verksamhet och det är för dem som mottagningen finns. Att intervju dessa var intressant bland annat ur perspektiven att undersöka hur de förväntar sig att mottagningen ska fungera och hur de ställer sig till att efter ett besök utvärdera mottagningen samt hur de vill att en sådan skall gå till.

Regionala verksamheter som arbetar med analys och utveckling

Vid utvärderingen 2015 kommer en analys att göras om hur mottagningen fungerar samt hur denna skulle kunna utvecklas. Det var därför intressant att se hur olika instanser kan arbeta med att ta fram sådana analyser. Det var också intressant att se vad som varit intressant vid tidigare analyser.

Marie Röllgårdh arbetar som chef på *Område uppföljning och analys* på VGR. Enheten arbetar med att följa upp vården ur flera olika perspektiv. Årligen görs en sammanställning av vårdens verksamheter och befolkningens behov där uppföljning av cancervård är en del av det. Röllgårdh ansågs viktig att

intervjua för att se hur enheten kan komma att utföra analyser inför utvärderingen 2015 men också hur utvärderingar brukar gå till och vad som varit viktigt då.

Nils Conradi arbetar som chef på RCC väst. RCC arbetar med att utveckla cancervården utifrån ett patientperspektiv och målen i den *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU, 2009). De arbetar med hela vårdkedjan, från det att man söker hjälp för en eventuell sjukdom till uppföljning och rehabilitering. De arbetar även med prevention. Conradi ansågs intressant att prata med eftersom RCC väst är finansiär till pilotprojektet, för att se vad de har för förväntningar med projektet och hur de ser på mottagningens framtid.

Per Sjöli arbetar som hälsoekonom på Skaraborgs sjukhus samt anställd hos RCC väst och har arbetat med att ta fram viktiga ekonomiska analyser till mottagningen. Sjöli var vid mottagningens uppstart med och gjorde jämförande ekonomiska analyser för hur mycket vård en före detta barncancerpatient använder jämfört med en slumpmässigt utvald person i Sverige. Han var intressant att intervjuas för att se om han skulle vara med vid utvärderingen 2015 och vad han skulle kunna bidra med vid en sådan.

Program- och prioriteringsrådet är ett råd som ansvarar för regiongemensamma prioriteringar, riktlinjer och vårdprogram. Rådet ska arbeta med att fortsätta utveckla vården i VGR. Rådet kan vara intressant eftersom de kan påverka mottagningens framtid varvid de kontaktades, dock avböjde de intervju.

4.3 Intressentintervjuer

Detta avsnitt kommer att behandla de intervjuer som hållits med intressenterna. Frågorna som kommer att behandlas är kring ämnena mottagningens fokus, upplägg för utvärderingen 2015, utförande av utvärderingen 2015, fortsatt finansiering av mottagningen och framtida utveckling av mottagningen.

De intressenter som intervjuats har fått frågor som skiljt sig åt beroende på vilken post de sitter på. Detta har inneburit att vissa frågor som framkommer nedan har inte alla intressenter uttalat sig om. Det viktiga med intervjuerna har dock varit att få svar på de frågor som ansetts beröra den tjänst intressenten haft, och det innebär att vissa intressenter inte har ansett sig som tillräckligt insatta för att kunna svara på vissa frågor.

4.3.1 Mottagningens fokus

Svaren på frågan vad som är viktigt att mottagningen gör blev olika beroende på vem som intervjuades. De flesta intressenter anser att fokus främst ska ligga på att livskvaliteten ska höjas för patientgruppen, vilket påpekades speciellt av Harlid⁵, som påpekade att det är viktigt "[...] hur det går för människan, självuppskattad hälsa är ett intressant mått". Harlid är den person som lägger mest tyngd på att kunna bevisa den psykosociala förändring vetenskapligt medan andra intressenter anser att det vore intressant att kunna ta del av en psykosocial utvärdering vid utvärderingen 2015 av mottagningen. Söderbäck⁶ påpekade att intresset för hur patienter upplever vården har ökat och eftersom svenskar idag kan välja var de vill få sin vård, behöver vården visa upp vad de har att erbjuda och hur resultaten brukar bli. Detta innebär att de olika vårdinstanserna idag arbetar mer aktivt med att undersöka vad patienterna vill ha och sedan kunna visa upp hur vårdresultat ser ut.

⁵ Ralph Harlid (beställardirektör, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli VGR) intervjuad av författarna den 18 mars 2013.

⁶ Helena Söderbäck (chef för Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuad av författarna den 14 mars 2013.

Conradi⁷ anser att ett av målen med mottagningen är:

”att ge de unga vuxna en samlad kontakt.”

Denna skulle tillhandahålla en tydlig beskrivning med vad de fått för cancerbehandling samt kunna svara på frågor kring sen effekter som patienterna har. Genom att ge patienterna svar på sina frågor och upplysa dem om sin historia hoppas både Conradi och personalen på mottagningen⁸ att detta kan resultera i att patienternas psykosociala hälsa förbättras. Conradi ser också att det är viktigt att mottagningen hjälper patienterna att förstå vilka specialbehov de har efter sin sjukdom och att guida dem vidare till rätt vårdinstans vid eventuella psykiska eller fysiska problem.

Detta pilotprojekt ska enligt Söderbäck² inte endast finnas till för unga vuxna som haft barncancer utan ska även kunna fungera som forskningsområde. Söderbäck uttalade sig om mottagningens fokusområden med ”[...] det är också att ta tillvara på de erfarenheter och kunskaper som patienterna har och förmedlar, och därigenom också kanske lära sig mer om dagens medicinering för att undvika vissa, möjliga sen effekter”⁹. Genom det arbete som mottagningen genomför kan vården på så sätt få mer kunskap om hur olika sätt att medicinera och behandla barn kommer att påverka dem längre fram i livet, vilka sen effekter de kan få. Detta är även något som lyfts fram av personalen på mottagningen då de arbetar aktivt med att föra in data i kvalitetsregister. Söderbäck påpekade också att det inte endast gäller de medicinska och fysiska sen effekterna utan också livskvalitet och andra mjuka värden.

Eliasson¹⁰, som har ett mer övergripande ansvar över vården i Västra Götaland, anser att vid utvärderingen 2015 behöver det lyftas fram om vården behöver denna mottagning och hur den i så fall ska integreras med den övriga vården. Eliasson uttryckte sig på följande sätt: ”behöver vården ha detta [mottagningen] hela tiden kontinuerligt? [...] att man behöver ha sån här verksamhet för att kunna stötta dessa unga vuxna för att komma tillbaka, eller är det här någonting som vi behöver införa och ha ute i våra verksamheter? Att det ska kunna vara ett stöd på alla våra sjukhus där man haft och behandlat patienterna.” Frågan hur patientgruppens behov bäst ska tillgodoses är något som kommit fram vid andra intervjuer. Söderbäck¹¹ poängterade att det är svårt att veta vem som ska avgöra vilket sätt som är bästa sättet att använda skattebetalarnas pengar. Harlid¹² påpekade att genom att intervjua patientgruppen både innan och efter ett besök hos mottagningen skulle det gå att få fram data angående vad de faktiskt ansåg sig behöva för hjälp och vad de tyckte om den hjälp och information de fått.

Det har framkommit vid intervjuer med patienter¹³ att mottagningens viktigaste uppgift, ur patientperspektivet, är att tillhandahålla information om patienternas sjukdomshistoria och behandling. Detta för att möjliggöra patienternas möjlighet till medskapande och till att de kan ha kontroll över sin egen hälsa. Vidare framkom, vid dessa intervjuer, att en viktig uppgift är att slussa

⁷ Nils Conradi (chef, RCC Väst) intervjuad av författarna den 8 mars 2013.

⁸ Marianne Jarfelt, Kirsti Pekkanen och Christina Malmström (personal på mottagningen) intervjuade av författarna den 27 mars 2013.

⁹ Helena Söderbäck (chef för Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuad av författarna den 14 mars 2013.

¹⁰ Helen Eliasson (ordförande, VGR:s hälso- och sjukvårdsutskott) telefonintervjuad av författarna den 19 mars 2013.

¹¹ Helena Söderbäck (chef för Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuad av författarna den 14 mars 2013.

¹² Ralph Harlid (beställardirektör, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli VGR) intervjuad av författarna den 18 mars 2013.

¹³ Intervjuer med patienter, 11 mars 2013, 4 april 2013, 12 april 2013.

vidare patienterna till rätt vårdinstans och kompetenser inom sjukvården. Detta är något som patienterna upplevt som problematiskt tidigare.

4.3.2 Upplägget för utvärderingen 2015

Även om det från många intressenter framgick att ett pilotprojekt bör ha en klar utvärderingsplan redan vid start, framgick det, som tidigare nämnts, att mottagningens personal inte hade en klar bild över hur utvärderingen 2015 ska gå till. Eftersom de intervjuade hade olika åsikter om vad som skulle komma fram vid utvärderingen skiljde sig även deras tänkta metoder för att få fram information.

Flera intressenter påpekade att det vid utvärdering 2015 måste framgå vad patienterna tycker om mottagningen och deras sätt arbeta. Röllgårdh¹⁴ delgav att det är viktigt med enkäter för att se vad patienterna tycker om mottagningen. Conradi¹⁵ anser att en ren kvantitativ utvärdering bör göras och dessutom en som undersöker om resurserna är tillräckliga eller om ytterligare resurser behövs. Det borde också undersökas om samarbetet mellan mottagningen och de sjukhus som finns närmast patienterna fungerar.

Det har inte framgått i alla intervjuer att ekonomin ska vara i fokus vid utvärderingen 2015, dock har den ekonomiska hållbarheten för mottagningen varit uppe för diskussion i andra sammanhang. Söderbäck anser att det är viktigt att använda skattebetalarnas pengar på bästa sätt, och om detta innebär att ge patientgruppen hjälp via mottagningen eller på ett annat sätt vet hon ej. Andra intervjuade uttryckte en undran gällande om denna mottagning hjälper de drabbade på ett ekonomiskt försvarbart sätt. Enligt Harlid¹⁶ kan det underlätta vid utvärderingen 2015 om det går att påvisa att mottagningen hjälper till att spara in pengar på andra ställen i vården, då denna patientgrupp tidigare inte vetat var de ska vända sig vid eventuella hälsoproblem. Lindh påpekade att om mottagningen påvisar att kostnaden för vården minskar om denna mottagning kan tas i fulla bruk innebär det en god chans att mottagningen kan få högre prioritet vid utvärderingen 2015.

Sjöli¹⁷ sade att han tillsammans med Jarfelt har skrivit en ansökan om att 2018 följa upp samma undersöknings- och kontrollgrupp som undersöktes 2012 innan projektet drog igång, att mottagningen då borde ha gett effekt. Jarfelt¹⁸ sade att det kan vara svårt att få fram en täckande ekonomisk utvärdering om hur vårdkonsumtionen har förändrats för patienter som besökt mottagningen till 2015. Jarfelt sade att även om de inte kan visa att mottagningen leder till kostnadssänkningar så kan de visa att den här patientgruppen kostar väldigt mycket i dagsläget. På kort sikt kan en ekonomisk utvärdering mycket väl visa på att mottagningen bidrar till en kostnadsökning¹⁹. Vid intervjun med Röllgårdh framgick det, precis som vid intervjun med Sjöli, att det går att ta fram information om hur mycket vård patienterna har konsumerat och hur mycket vården har kostat per patient. Då mottagningen, enligt Jarfelt²⁰, i dagsläget registrerar alla patientbesök och labbundersökningar i den *kostnad per patient*-databas som finns på Sahlgrenska finns det information om hur mycket varje patient kostar.

¹⁴ Marie Röllgårdh (chef, Område analys och uppföljning VGR) intervjuad av författarna den 15 mars 2013.

¹⁵ Nils Conradi (chef, Regionalt cancercentrum Väst) intervjuad av författarna den 8 mars 2013.

¹⁶ Ralph Harlid (beställardirektör, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli VGR) intervjuad av författarna den 18 mars 2013.

¹⁷ Per Sjöli (hälsoekonom, Skaraborgs sjukhus och RCC väst) telefonintervjuad av författarna den 15 mars 2013.

¹⁸ Marianne Jarfelt (läkare på Mottagningen) intervjuad av författarna den 1 februari 2013.

¹⁹ Christina Malmström, Kirsti Pekkanen och Marianne Jarfelt (personal på mottagningen) intervjuad av författarna den 27 mars 2013.

²⁰ Marianne Jarfelt (läkare på Mottagningen) intervjuad av författarna den 26 april 2013.

4.3.3 Utförande av utvärderingen 2015

Röllgårdh beskrev tidsåtgången för att genomföra analyser. Det tar olika lång tid att göra olika analyser, en analys av patienters åsikter tar längre tid än en analys med grund i *kostnad per patient*-databaserna som tar ungefär en till två månader att genomföra. Conradi uttalade sig om RCCs forskningsenhet och sade att de kan skapa patientenkäter som sedan kan användas för att undersöka vad patienterna tycker om mottagningen.

Söderbäck²¹ sa att hon trodde att det var mottagningen som skulle göra utvärderingen 2015 men detta är inte något som mottagningens personal anser. De vill hellre att någon annan utvärderar och sammanställer så att de kan få lägga sin tid på mottagningen och dess patienter.

4.3.4 Fortsatt finansiering av mottagningen

Vid de olika intervjuerna är det tre olika alternativ som framförallt har tagits upp. Det första är att Hälso- och sjukvårdsnämnderna beställer den här typen av vård, vilket innebär att nya pengar skjuts till sjukvården. Nämnderna brukar oftast, och vill helst, beställa ett resultat enligt Harlid²², till exempel att patientgruppen unga vuxna som haft cancer som barn ska få bättre livskvalitet, och inte exakt hur målet ska uppnås. Det är upp till Sahlgrenska universitetssjukhuset att själva fatta beslut kring hur arbetet för att klara av målet ska ske. Lindh²³ anser att det är bra om beslutet om fortsatt finansiering för mottagningen kommer högt upp i den politiska hierarkin eftersom patienterna som kommer till mottagningen kommer ifrån hela regionen och även utanför den.

Det andra alternativet är att Sahlgrenskas ledning äskar från regionfullmäktige för just denna verksamhet. Det innebär att de begär mer pengar till sin budget för att kunna finansiera mottagningen. Eftersom mottagningen inte vänder sig mot enbart ett lokalt uppsamlingsområde utan mot hela regionen, och i alla fall vid uppstart även utanför regionen, kan det enligt Söderbäck²⁴ krävas att nämnderna beställer tjänsten för att kunna få täckning av ekonomin. "Vi ville att det skulle vara en angelägenhet för hela regionen, hit skulle patienter komma oavsett var de fått sin behandling [...] då blir det liksom en fråga, då blir det en regional finansiering". Både vid en beställning från nämnderna och vid en äskning av sjukhuset förs det en dialog mellan nämnderna och sjukhuset om hur pengarna fördelas.

Det tredje alternativet är att Sahlgrenska prioriterar om i sin budget och avsätter pengar specifikt till denna mottagning. Det har framkommit i intervjuerna med de olika intressenter som arbetar på sjukhuset att det kan vara svårt att få fram pengar till nya projekt om inte nya ytterliga intäkter tillkommer. Men samtidigt har det sagts av både Harlid och Söderbäck att eftersom Sahlgrenska har en budget på drygt 13 miljarder kronor per år kan det finnas lite utrymme att prioritera om. Harlid uttryckte det som att om det visar sig att mottagningen gör att det sparas in på andra avdelningar måste resurserna kunna om disponeras så att de resurser som inte används på grund av att patienterna som har sökt vård på mottagningen, istället går till mottagningen. Det skulle därför bli en fråga ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att omfördela pengarna från primärvården till mottagningen.

²¹ Helena Söderbäck (chef för Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuad av författarna den 14 mars 2013.

²² Ralph Harlid (beställardirektör, Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli VGR) intervjuad av författarna den 18 mars 2013.

²³ Marie Lindh (verksamhetschef, Jubileumskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuad av författarna den 5 mars 2013.

²⁴ Helena Söderbäck (chef för Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuad av författarna den 14 mars 2013.

Söderbäck anser att om det finns ett intresse ur ett forskningsperspektiv att bedriva verksamheten kan det finnas möjlighet att få anslag till att bedriva forskning på mottagningen för att få mer kunskap om exempelvis seneffekter. Det är dock endast Söderbäck som tagit upp den synvinkeln. Hon påpekar också att det är en relativt lång och komplicerad process för att göra en verksamhet permanent.

4.3.5 Framtida utveckling av mottagningen

Det finns många åsikter om hur mottagningen ska fortsätta att utvecklas. Det framgår vid intervjuer med personalen som arbetar på mottagningen²⁵ att de har funderat över frågan och att de har egna visioner för hur deras eget arbete ska utvecklas. De skulle vilja att arbetet blev lite mer strukturerat, även om de betonar att flexibilitet är mycket viktigt och tjusningen i arbetet. Det skulle också vara bra att patienterna innan de besöker mottagningen får kryssa i vilka kompetenser de vill prata med eller att första mötet får ses som ett grundläggande möte för att se vem de ska prata vidare med.

Jarfelt ser gärna att hennes administrativa arbete skulle minskas, annars är hennes roll med att gå igenom sammanfattningen, frågor och funderingar som patienten har ganska klar. Pekkanen säger "jag tycker inte att min roll idag är den som den ska vara", hon skulle vilja att hennes sekreteraruppgifter kortas och i framtiden kunna läggas på en sekreterare fem till sex timmar i veckan så att hon skulle kunna få mer tid med patienterna. Den tiden skulle hon kunna ha hälsocoachning med patienter, följa upp dem som redan besökt mottagningen genom samtal och underlätta för Jarfelt som i dagsläget tar mycket av det arbetet. Malmström kommer även i framtiden, i alla fall med den begränsade tid hon har på mottagningen, att slussa vidare patienter till andra sjukvårdsinstanser. Det hade underlättat hennes arbete och för patienterna om hon kunde prata med dem i anslutning till deras besök istället för att ringa upp dem efteråt om de vill ha hennes hjälp.

Hur flexibel mottagningen och personalen ska vara är något som troligen kommer att ändras i framtiden. En av patienterna²⁶ sade vid en intervju, om att personalen var så flexibla:

"Det känns som en superbra service men jag hade nog inte förväntat mig den."

Detta är något som personalen också har uppfattat, att mottagningen kan ha varit allt för flexibel. Det framgick också vid intervjun att mer information innan besöket om hur det skulle gå till hade uppskattats, till exempel att få reda på att personalen hjälper till med att slussa dem vidare till andra instanser.

Det har framkommit vid intervjuer med patienter²⁷ som önskvärt att mottagningen kan förmedla kontakt med ytterligare kompetenser vid sidan av medicinska sådana. Exempel önskvärda kontakter är arbetsförmedling, försäkringskassa, perukmakare med flera.

Mottagningens personal²⁸ ser det som en viktig utvärderingsfaktor att kunna få feedback på hur patienterna upplever sitt besök för att därefter kunna förbättra mottagningens verksamhet. Konstant feedback gör att de också får uppmuntran för det arbete som de utför och konstruktiv kritik för att kunna förbättra sitt arbetssätt.

²⁵ Marianne Jarfelt, Kirsti Pekkanen och Christina Malmström (personal på mottagningen) intervjuade av författarna den 8 april 2013.

²⁶ Intervju med patient, den 11 mars 2013.

²⁷ Intervju med patienter, 11 mars 2013, 4 april 2013.

²⁸ Marianne Jarfelt, Kirsti Pekkanen och Christina Malmström (personal på mottagningen) intervjuade av författarna den 8 april 2013.

Samtliga patienter som intervjuats²⁹ har ställt sig positiva till att ge feedback till mottagningen rörande besöket på mottagningen. De anser att det borde göras både inom en till två veckor efter besöket, så att inte erfarenheter glöms bort, och efter att den behandling som eventuellt remitterats för att kunna göra en bedömning av den totala vårdinsatsen. Patienterna föredrar att ge denna feedback anonymt via någon form av enkät då de tycker att ge feedback direkt till mottagningens personal kan förhindra objektiviteten.

För att sammanfatta finns det ett brett spann av personer och organisationer som är intressanta för mottagningens fortlevnad och utveckling. Enligt dessa intressenter kommer det vara mycket viktigt att lyfta den patientnytta mottagningen genererar vid utvärderingen år 2015. Vid utvärderingen kommer ledningen på Sahlgrenska universitetssjukhuset antagligen att besluta om mottagningens fortsatta verksamhet. Politikerna kommer inte kunna besluta specifikt om mottagningens framtid då deras arbete mer handlar om att sätta upp mål, inte vägen till målet.

4.4 Beskrivning av verksamheter med patientfokuserat arbetssätt

I detta avsnitt presenteras verksamheter och initiativ inom sjukvården som samtliga har ett uttalat patientfokuserat arbetssätt. Det som behandlas är vilka behov som låg bakom initiativen, verksamheternas arbetssätt och vilken inverkan detta arbetssätt har haft på den upplevda vård- och livskvalitet de har kunnat erbjuda sina patienter samt hur det har påverkat kostnaderna för vården av dessa patienter.

4.4.1 Uppföljningsmottagningar i Storbritannien

2007 startade NHS Improvement ett projekt i Storbritannien för att ta fram en ny vårdmodell för uppföljning och behandling av senef effekter som uppkommer till följd av sjukdom eller behandling hos personer som haft cancer. Problemet med att inte kunna möta patienternas holistiska behov liknar de problem som identifierats i Sverige och som togs upp i bakgrunden till denna rapport. Vidare behandlade det befintliga arbetssättet samtliga patienter på samma sätt vilket innebar problem då problemen och därmed behoven inom patientgruppen i Storbritannien, liksom i Sverige, är starkt varierande. Detta innebar i sin tur att bemötandet av patienten inte kunde anpassas efter patientens individuella behov (NHS, 2010a). Vidare har en lika stor ökning av personer som överlever sin cancersjukdom i Sverige identifierats även i Storbritannien och därmed också ökande behov av seneffektsuppföljning. Detta tillsammans med budgetnedskärningar inom den offentliga sektorn i Storbritannien på grund av det ekonomiska läget i landet ledde till ökade krav på en resurs- och kostnadseffektiv hantering av denna patientgrupp (NHS, 2010a).

Utgångspunkterna för den nya vårdmodellen togs, utifrån ovan nämnda problem med den befintliga modellen, fram av NHS Improvement tillsammans med *National Cancer Survivorship Initiative*. Denna kom att innefatta en holistisk bedömning av patienters behov samt behandling av dessa, stöd för egenvård och medskapande i en för patienten individuell vårdplan samt att modellen skulle innebära ett anpassningsbart serviceutbud utifrån patientens individuella behov (NHS, 2010a). Dessa utgångspunkter sammanfaller i stort med de utgångspunkter för vårdkvalitet och patientsäkerhet svenska Socialstyrelsen (2008) fastställt i ramverket *God vård*.

Arbetssätt

För att kunna anpassa omfattningen av uppföljning efter patientens individuella behov samtidigt som behoven inom patientgruppen starkt varierar och kraven på resurs- och kostnadseffektivitet är höga bygger den framtagna modellen på en segmentering av patienterna i tre kategorier (NHS, 2010a).

²⁹ Intervjuer med patienter, 11 mars 2013, 4 april 2013, 12 april 2013

Segmenteringen bygger på en bedömning av risk för seneffekter eller redan uppkomna sådana. Riskbedömningen görs av multidisciplinära team, som arbetar på en dedikerad uppföljningsklinik på regionalt huvudsjukhus, då patienten är färdigbehandlad för sin cancersjukdom och är friskförklarad. Bedömningen grundas på en sammanfattning av patientens behandling som innefattar cancertyp och behandlingsdoser och på patientens kön, ålder samt psykosociala behov. De tre risk- och behovskategorierna ligger sedan till grund för tre vårdflöden för uppföljningen av seneffekter. Förändrade framtida hälsotillstånd följs upp, på olika sätt för de olika vårdflödena, och kan leda till en omkategorisering av patienten och ett byte av vårdflöde (NHS, 2010a).

Den första risk- och behovsnivån består av patienter som har haft en okomplicerad tumör och därmed en enkel behandling, har ett stabilt hälsoläge samt har små eller inga psykosociala problem (NHS, 2010a). Vårdflödet för denna kategori bygger på egenvård utan professionellt ledd vård och rutinmässiga hälsokontroller. Patienterna får vid friskförklaring information om risker och eventuella seneffekter de kan drabbas av, vilka symptom de ska vara uppmärksamma på samt hur de ska leva för att undvika seneffekter i största möjliga mån (NHS, 2011). Uppföljning av patientens hälsotillstånd görs via rutinmässiga automatiserade enkäter via telefon, post eller internet. Resultaten från dessa tolkas sedan av det multidisciplinära teamet som gör en bedömning om patienten bör omkategoriseras eller behöver tillgång till någon form av professionellt ledd vård. Patienten kan vid behov snabbt komma tillbaka till professionellt ledd vård via kontakt med en utsedd vårdkoordinator på uppföljningskliniken på det regionala huvudsjukhuset (NHS, 2012).

Den andra nivån består av patienter som haft mer komplicerade tumörer och omfattande behandlingar än de i den första nivån och därför löper större risk att drabbas av seneffekter och därav har större behov av professionellt ledd uppföljning. Här placeras också patienter som redan drabbats av en eller flera följsjukdomar, psykosociala problem eller andra problem som gör att de är i behov av multidisciplinär vård och omhändertagande (NHS, 2010a). De patienter som riskmässigt bör placeras i nivå ett men som ej bedömts som lämpliga eller har avböjt egenvård kan också placeras i denna nivå. Vårdflödet för denna kategori bygger på ett delat vårdansvar mellan uppföljningskliniken på regionsjukhuset och lokala primärvården (NHS, 2011). Vårdkoordinatoren på uppföljningskliniken koordinerar den totala vårdinsatsen patienten behöver, exempelvis i form av psykosocialt stöd, medan den faktiska insatsen kan göras lokalt. Uppföljningen sköts via planerade rutinmässiga hälsokontroller på den lokala primärvården eller via telefon. Medicinsk undersökning kan också vara aktuellt vid dessa kontroller. Primärvården rapporterar sedan resultaten till uppföljningskliniken där de tolkas (NHS, 2012).

I den tredje kategorin placeras de patienter som har haft en komplex och ovanlig tumör och som genomgått hård behandling och har svåra biverkningar som gör att dessa patienter kräver omfattande och kontinuerlig vård inom ett antal specialiteter som exempelvis kardiologi, endokrinologi och hematologi med flera. Här placeras också patienter med snabbt varierande hälsa och plötsliga hälsoförsämringar samt de patienter med en kronisk cancersjukdom som inte kan behandlas (NHS, 2010a). Vårdmodellen för denna grupp bygger på omfattande och kontinuerlig vård på specialistsjukhus, ofta det regionala sjukhuset, och täta hälsokontroller som görs på plats av det multidisciplinära teamet (NHS, 2011).

Samtliga patienter får vid friskförklarandet och övergången till eftervård sammanfattningen av deras behandling vilken också skickas av koordinatoren till de som ska utföra vårdinsatsen, exempelvis lokal vård, kuratorer med flera. Vid övergången görs också en *screening* av patientens icke-medicinska behov såsom psykosociala behov, behov av studiestöd eller arbetsterapi med mera. Utifrån *screeningen* koordineras vid behov en vårdinsats för att möta dessa behov (NHS, 2012). Samtliga patienter erbjuds, i de fall det bedöms lämpligt, utbildning om sin sjukdom och behandling, hur det

kan påverka deras liv framöver, samt hur de exempelvis ska lägga upp fysisk aktivitet och kosthållning för att undvika seneffekter och kunna föra ett normalt liv (NHS, 2010a).

Resultat

Riskstratifieringen av patienter innebär en säker klinisk vård för patienterna då den medför att patienten kan placeras i ett vårdflöde anpassat efter dennes behov vilket har ökat kvaliteten på den vård patienten erhåller. Vidare har denna anpassning av vårdens omfattning utifrån patienternas behov inneburit kostnadsbesparingar då överflödigt vård har kunnat elimineras (NHS, 2011).

Sammanfattningen av patientens sjukdom och behandling stärker patientens möjlighet till att fatta informerade beslut om sin egen hälsa och bidrar därmed till involveringen av patienten i skapandet av dennes vård. Tillgången på information har också ökat patientens känsla av kontroll över sin egen hälsa då den har stärkt dennes ställning gentemot vårdpersonalen och därmed underlättat maktfördelningen dem emellan. Denna information har även skapat möjlighet för egenvård och har för patienten inneburit en känsla av delaktighet och autonomi och har därmed ökat patientens psykologiska välbefinnande. Det har även inneburit kostnadsbesparingar i form av minskat antal sjukvårdsbesök. Vidare har denna sammanfattning förbättrat informationsflödet mellan olika specialistavdelningar på sjukhusen och mellan olika vårdinrättningar vilket har ökat patientsäkerheten samt resurseffektiviteten i vården sett ur ett helhetsperspektiv (NHS, 2011).

Screeningen av patientens icke-medicinska behov har tillsammans med vårdkoordinatorn möjliggjort att patientens övriga behov tidigt har kunnat identifieras och bemötas och således har patientens holistiska behov tillgodosetts vilket haft stor inverkan på upplevd vård- och livskvalitet. Detta syns i undersökningar av patientgruppens psykologiska hälsa där depression har minskat med 53 %, oro har minskat med 52 % samt sociala svårigheter som minskat med 62 % (NHS, 2011). Detta tillsammans med utbildningar om kosthållning och fysisk aktivitet har lett till att patienterna snabbare har kunnat återgå till ett normalt liv. Detta har i sin tur lett till ökat livskvalitet, minskade kostnader för att hantera, om obehandlade, eskalerande psykosociala problem samt att patienter genom att tidigare kunnat återvända till studier och arbete också tidigare kunnat bidra till bättre ekonomi i samhället (NHS, 2011).

Sammantaget har den nya modellen sänkt kostnaderna för vård av patientgruppen i Storbritannien med 14 %. Detta samtidigt som patienternas vård- och livskvalitet samt patientgruppens ekonomiska bidrag till samhället har ökat drastiskt (NHS, 2011).

4.4.2 Initiativ inom äldrevården

Sveriges äldreomsorg upplever problem i form av en splittrad vård. Runtom i landet provas därför olika modeller som strävar efter att kunna erbjuda en lösning på patientens samlade behov. Initiativen bygger bland annat på det policydokument för vård av multisjuka äldre som de tre specialitetsföreningar Svensk förening för allmänmedicin, Svensk geriatrisk förening och Svensk internmedicinsk förening tog fram 2009 (Lövtrup & Borgström, 2012). Detta dokument uppkom som en reaktion på att beslutsfattare fick olika rekommendationer från olika läkare inom olika specialiteter för hur vården för dessa patienter bäst skulle utformas. För att vända den här utvecklingen krävs istället ett samarbete över specialitets-, professions- och organisationsgränser för att kunna ge ett enat förslag på bästa vårdutformning. Fördelar med detta arbetssätt är att patienterna upplever ett bättre omhändertagande. När någon tar ett helhetsansvar minskar risken att viktig patientinformation försvinner i överlämnandet mellan olika vårdinstanser. Genom att jobba med större patientfokus och en helhetssyn på patientupplevelsen vill vården erbjuda högsta möjliga livskvalitet och en värdig vård (Lövtrup & Borgström, 2012).

Arbetsätt

TVå verksamheter i Sverige som har startats på dessa grunder är en äldremottagning på Vrinnevisjukhuset i Norrköping och ett mobilt närsjukvårdsteam i Västra Skaraborg. I samband med inskrivningen på äldremottagningen i Norrköping går patientens journaler igenom och en medicinsk bakgrund ställs samman. De som ansvarar för vården av patienterna är ett multidisciplinärt team med olika kompetenser. Varje tisdags- och torsdagsmorgon träffas gruppen för att diskutera problem som uppkommit hos vissa patienter. Syftet är att hitta den insats som bäst löser patientens problem sett ur ett helhetsperspektiv. Därför är det viktigt att samtliga gruppmedlemmar närvarar med sin specifika kunskap och angreppsvinkel. Patienterna på mottagningen går på årliga kontroller men det utförs också hembesök, både akuta och planerade. I västra Skaraborg fokuseras det uteslutande på en mobil enhet. Teamet består av en läkare och två sjuksköterskor och har som syfte att stärka samarbetet mellan sjukhuset i Lidköping, primärvården och kommunernas äldreomsorg och på sätt förhindra smärtsamma besök på akuten och inläggningar på sjukhuset. Teamet kan bedriva avancerad vård i hemmet, skriva remisser och kontakta sjukhuset. Allt detta sker på plats hemma hos patienten (Lövtrup & Borgström, 2012).

Resultat

De resultat som har uppnåtts med dessa arbetsätt är framförallt att patienten känner sig uppmärksam i större grad. Responsen från patienter är uteslutande positiv och många uttrycker sin tacksamhet. Läkaren Anne Ekdahl tycker också att det är en fördel att tunga beslut kan delas med det multidisciplinära teamet. Dessutom blir besluten ofta bättre underbyggda. Hembesöken och det mobila närsjukvårdsteamet skapar trygghet hos patienterna. Detta gör att de vågar stanna hemma längre, eller helt förhindra att de behöver åka in till sjukhuset. På så sätt sparar sjukhuset resurser, något som studier också visar. Dessa visar även att patienterna mår bättre, med sänkt grad av upplevda symptom (Lövtrup & Borgström, 2012). Arbetsättet har givit goda resultat för denna patientgrupp och vården kan dra nytta av att ha ett helhetssynsätt.

4.4.3 One-stop breast clinic

One-stop breast clinic var en bröstmottagning som startade i Malmö 2004 och lades ned 2009 efter en upphandling av mammografi i Region Skåne (Källberg et al., 2011). Mottagningen uppkom som en reaktion på att ett antal läkare upplevde att den dåvarande processen för bröstcancerpatienter var problematisk. Oroliga kvinnor kunde få vänta upp till 42 dagar från besöket hos primärvårdsläkaren innan de fick komma till en specialist för vidare undersökning. Det främsta skälet till detta var väntetiderna för att få träffa nästa läkare i vårdkedjan. Syftet med den nya mottagningen var att skapa en mer kundfokuserad verksamhet för att råda bot på den oro som var kopplad till den långa väntetiden. Genom att samla alla kompetenser på ett ställe så slapp patienten ta sig till olika delar i sjukvårdssystemet och kunde få all för stunden nödvändig vård och information på ett ställe (Källberg et al., 2011).

Arbetsätt

Mottagningen bestod av de tre metoder som brukar kombineras för att kunna ställa diagnos (Cancerfonden, 2012a): klinisk läkarundersökning, mammografi/ultraljud och cytologisk/patologisk undersökning. Kopplat till dessa metoder fanns det en bröstkirurg, en radiolog och en cytolog på mottagningen. Det fanns utöver detta också en röntgensjuksköterska, en undersköterska och en sekreterare med i gruppen. Vid slutet av besöket kunde en diagnos ställas och en behandlingsplan tas fram med en eventuell operation inplanerad. Det krävdes ingen remiss för att få komma dit, utan kvinnor som hade en misstanke om cancer var välkomna att besöka mottagningen som hade öppet under en kväll i veckan. Intresset var mycket stort och mer kvinnor än vad som kunde tas om hand sökte sig till mottagningen. Detta ledde till att mottagningen fick införa ett inledande urvalssteg där de

sökande fick fylla i en blankett som sedan utvärderades av undersköterskan som gjorde en bedömning om kvinnan istället skulle vända sig till primärvården (Källberg et al., 2011).

Resultat

De resultat som uppnåddes med mottagningen var en kraftigt sänkt tid från första kontakt till diagnos. Diagnosen som tidigare tog 42 dagar blev på *One-stop breast clinic* klar samma kväll, något som sparade patienterna mycket oro (Källberg et al., 2011). Detta ledde också till att patienterna som hade bröstcancer fick en snabb tid till kirurgiska kliniken bröstmottagning och slapp röra sig mellan olika enheter. Remissinflödet till den kirurgiska kliniken bröstmottagning minskade också med 28 % och sparade på så sätt in resurser (Källberg et al., 2011). Det ansågs vara en stor framgångsfaktor för kliniken att de som arbetade närmast kvinnorna kom överens om att samverka utifrån en organiserad idé (Nutek, 2007). När kompetensen samlades på ett ställe vid en tidpunkt fick personalen lära känna varandra, något som sjukvårdens traditionella upplägg med specialiserade avskilda enheter motverkar (Källberg et al., 2011).

Sammanfattningsvis finns det liknande mottagningar i Storbritannien. De har under en längre tid arbetat med unga vuxna som haft barncancer för att minska risken för seneffekter. Arbetet har visat sig generera goda resultat, både i form av ekonomiska vinningar och psykosociala förbättringar hos patienterna. I Sverige arbetas det med patientfokuserad vård inom äldreården. Detta då denna patientgrupp ofta är multisjuka, vilket innebär att de behöver kunskaper från flera områden inom sjukvården. 2004 startades en klinik för bröstcancer upp i Malmö, vars uppgift var att minska de långa kötiderna för kvinnor med misstänkt bröstcancer. Mottagningen lades ned men arbetssättet och det resultat den gav upphov till är intressant då den gav kortare väntetider och minskad oro hos patientgruppen.

5 Analys och förslag

I detta kapitel presenteras den analys som gjorts, samt vilka förslag för mottagningens fortsatta arbete denna mynnade ut i. Detta kapitel består av *Intressentanalys*, *Förväntade resultat av mottagningens arbetsätt*, *Effektivitetsproblem i dagsläget*, *Förbättringsförslag för mottagningens verksamhet – på kort sikt*, *Förslag på framtida tjänstedesign*, *Förslag på tillvägagångssätt vid utvärdering av verksamheten 2015* samt *Hållbarhetsanalys*.

5.1 Intressentanalys

Utifrån den information som har inskaffats under intervjuer har det analyserats hur mottagningen kan komma att få fortsatt finansiering och i så fall på vilket sätt, vilket presenteras nedan. Det har även analyserats vilka intressenter som kan komma att vara mest inflytelserika vid utvärderingen 2015 och vem som är bäst lämpad att genomföra den.

5.1.1 Finansieringsalternativ för mottagningen

För att få fortsatt finansiering finns det olika alternativ för mottagningen. De alternativ som har kommit fram är forskningsanslag, äskningspengar, beställning från politiker samt omprioritering inom Sahlgrenskas egen budget.

Forskningsanslag

Att delfinansiera mottagningen med forskningsanslag hade bidragit till att informationen som patientgruppen innehar hade kommit fram på ett bättre sätt och gjorts tillgänglig för vården och då främst onkologin. I nuläget kan dock mottagningen möjligen inte ses som redo för att bedriva den här typen av forskning då det fortfarande är ett småskaligt projekt med få återkommande rutiner. Senare, om mottagningen blir permanent, skulle det kunna vara ett bra alternativ. Till dess delar mottagningen med sig av information som samlats in i kvalitetsregistret.

Äskning

Att äska pengar av politikerna till verksamheten hade varit bra ur ett kortsiktigt perspektiv då sjukhuset slipper genomföra eventuella omprioriteringar för att mottagningen ska kunna fortsätta bedriva sin verksamhet. Detta är dock inte ett långsiktigt hållbart alternativ eftersom det blir en engångsföreteelse då äskningar inte kan finansiera mottagningen permanent. Ska en äskning genomföras måste det även gå att visa upp de kriterier som politikerna anser vara viktiga. Detta måste därför tas hänsyn till vid utvärderingen 2015 om en äskning anses vara det bästa alternativet.

Beställning från politiker

Politikers uppgift är att representera medborgarnas önskan och behov. Då patientgruppen är liten blir även sannolikheten för att pengar ska kunna öronmärkas för denna mottagning och patientgrupp liten. Politikerna kan dessutom inte rikta specifika pengar till en viss mottagning utan det de kan göra är att lyfta fram behovet av uppföljningsvård för före detta barncancerpatienter i den sjukvårdsbudget som de bestämmer varje år. Om sjukhusen sedan väljer att bemöta patientgruppen med en mottagning specifikt för dem eller på ett annat sätt är ett val som sjukhuset kommer att få göra, inte politikerna. För att öka möjligheten att det är just mottagningen som ska vara lösningen på det behov som patientgruppen har skulle mottagningen behöva få mer uppmärksamhet i media. Detta kan dock stjälpas mer än vad det kan hjälpa, eftersom mottagningens resurser i dagsläget inte räcker till.

Omprioritering i Sahlgrenskas budget

Ett mer troligt och rimligt sätt att lösa den fortsatta finansieringen är att låta sjukhusledningen göra omprioriteringar i sjukhusets budget, något som Söderbäck påpekade. Processen att omprioritera i budgeten borde både vara snabbare att genomföra samt mer realistisk då ledningen kan lyfta fram

enskilda projekt på ett annat sätt än vad politiker kan göra. Ledningen på sjukhuset är även mer insatta i olika sjukdomar och behandlingar, vilket kan innebära att de ser andra fördelar med att hjälpa denna patientgrupp än vad politiker gör. Det är även lättare att föra en dialog med ledningen på sjukhuset än vad det är att föra med politikerna då människor inom sjukvården pratar samma fackspråk och är mer geografiskt tillgängliga. Sjukhusledningen kan även vara bättre på att se nyttor med mottagningen som kan komma att vara användbara inom andra instanser inom vården, exempelvis ny information angående seneffekter. Det som dock måste vägas in vid en omprioritering är att om mottagningen ska få specifika pengar från sjukhusets budget för att fortsätta bedriva sin verksamhet så kommer pengarna behöva tas från någon annan instans inom vården. Budgeten är begränsad och därför kommer det skapas en reaktion vid omprioriteringar. Det är därför viktigt att påvisa de fördelar mottagningen kan resultera i, exempelvis kostnadsbesparingar på grund av minskning av den extravård patientgruppen idag kräver.

Slutligen bör det tas hänsyn till vilket finansieringsalternativ som blir aktuellt när mottagningen skall avgöra hur ekonomisk data skall presenteras. Det påpekades från flera håll att det är svårt att på så här kort sikt analysera om mottagningen har bidragit till att sänka kostnaderna för den här patientgruppen, men som Jarfelt sa så går det att visa hur mycket patientgruppen kostar i vanliga fall, vilket har gjorts med hjälp av Sjölis uträkningar. Kan det framföras att patientgruppen idag kostar mycket mer pengar än vad snittet av befolkningen gör borde det gå att väcka ett intresse för patientgruppen, både från politiker och sjukhusledningen. För att kunna använda denna information krävs att vårdkostnaden som patientgruppen skapar är så mycket högre än för snittet av befolkningen att politikerna ser en möjlighet i att göra ekonomiska besparingar. Om informationen istället ska visas för sjukhusledningen är det viktigt att kunna ge information om hur en fortsatt verksamhet för mottagningen kan innebära att sjukhuset får mer pengar över till annan verksamhet. Det blir därför en fråga om hur den ekonomiska informationen ska presenteras då de olika finansierarna är intresserade av olika aspekter av mottagningens inverkan på vårdkostnaderna för patientgruppen.

5.1.2 Delaktighet i finansiering efter 2015

För mottagningen kommer det att vara viktigt att rikta utvärderingens fokusområden mot de områden viktiga intressenter tycker är intressant. Viktiga intressenter är de som kommer att ha en stor roll vid beslutet om mottagningen får fortsätta med sin verksamhet samt de som kommer att stå för den fortsatta finansieringen. Vilka som kommer att bestämma om fortsatt finansiering är i dagsläget fortfarande inte klart men utifrån intervjuerna med de olika intressenterna går det att dra vissa slutsatser kring vilka de mest troligen blir som i slutändan kommer att fatta beslutet.

Inom sjukvården är Helena Söderbäck viktig. Hon, tillsammans med sex andra personer, sitter med i ledningen, vilket för närvarande ser ut som den instans som kommer att kunna bana väg för mottagningens fortsatta verksamhet. Ledningen kommer mycket troligt att vara med vid utvärderingen 2015 och får därför tillfälle att uttrycka sina åsikter kring mottagningen och dess verksamhet. Ledningen kan därför ses som en av de mest viktiga intressenterna då de kan öppna upp en väg för mottagningen och dess fortsatta verksamhet genom en omprioritering av budgeten som finns på Sahlgrenska.

Marie Lindh som sitter som chef över Jubileumskliniken kommer antagligen inte vara med vid utvärderingen 2015, vilket innebär att hon inte kan ses som en viktig intressent. Viktigt är dock att påpeka att en god relation med Lindh bör upprätthållas då hon arbetar direkt under Söderbäck, och också är chef över den byggnad som mottagningen idag bedriver sin verksamhet i.

För tillfället kan inte politiker ses som en viktig intressent. Politiker arbetar med vad som är bäst för den stora massan, och då patienterna till mottagningen inte är så många i jämförelse med andra

patientgrupper kommer det att vara svårt att prioritera den. Det finns dock anledning att se politiker som en viktig intressentgrupp senare i mottagningens verksamhet med anledning av det geografiska upptagningsområde mottagningen arbetar mot. Kan politiker få med finansieringen av mottagningen i budgeten skulle det kunna motivera det upptagningsområde som mottagningen idag har. Väljs det att endast omprioritera i budgeten hos Sahlgrenska tas pengar ifrån ett geografiskt område som endast innefattar Västra Götaland, vilket inte passar mottagningen då de även har patienter från bland annat Halland och Värmland. Om mottagningen anser att äskning är bästa sätt att finansiera verksamheten på kort sikt kommer politiker vara en viktig intressent.

Politiker och tjänstemän som inte arbetar på Sahlgrenska universitetssjukhus kommer inte kunna påverka mottagningen i den bemärkelsen att de aktivt kan säga att mottagningen är det bästa sättet att tillgodose patientgruppens behov. Dessa intressenter kan endast påpeka att patientgruppen behöver få hjälp och stöd, men de kan inte säga vilket sätt som är den bästa lösningen. Politiker kan endast frambringa de områden de vill att sjukhusen ska fokusera på och sen får sjukhusen själva fatta beslut kring hur de på bästa sätt ska kunna gå politikerna till mötes. Detta är ett av de starkaste incitamenten till att fokusera sin energi på de intressenter som tillhör sjukvården och sjukhusen.

5.1.3 Potentiella utvärderare

År 2015 ska en utvärdering ske av mottagningens verksamhet. Personalen på mottagningen anser sig inte ha tillräckligt med tid att lägga på att genomföra en utvärdering utan vill lägga den tid de har på att skapa direkt nytta för patienterna. Att själva göra en utvärdering kan innebära att materialet blir subjektivt, vilket inte är att föredra vid en utvärdering. Då det inte finns några klara besked om vem som ska genomföra utvärderingen 2015 kan det anses som att ansvaret dock ligger på mottagningen att se till att den blir gjord på ett tillfredsställande sätt. Mottagningen får därmed själva avgöra vem de tycker är en lämplig genomförare av utvärderingen 2015. De som i slutänden utses att göra utvärderingen måste fokusera på att väva in de åsikter som patienterna har om mottagningen. Patienternas åsikt var något som alla de intervjuade ansåg var viktigt att ha med vid utvärderingen 2015 och det är därför bra om detta kan lyftas fram på ett konstruktivt sätt.

Genom att låta en annan part utföra utvärderingen minskas risken för subjektivitet, vilket skulle finnas om personalen på mottagningen genomförde denna. Då personalen har arbetat med patienterna som barn finns det risk att tro att de är personligt engagerade rent emotionellt i arbetet, vilket styrker tron om att de kommer att vara subjektiva vid utvärderingen. En utvärdering kan anses mer slagkraftig om den kan presenteras som objektiv. Det har dock framkommit att det är mycket vanligt att de människor som arbetar i ett visst projekt även utför utvärderingen av projektet, och alltså är det troligt att det även kommer ske i detta fall. Om istället utvärderingen skulle läggas på en extern part skulle RCC väst vara ett alternativ då de enligt Conradi har kunskapen för att genomföra en sådan undersökning. Genom att låta denna enhet utföra utvärderingen kan även utvärderingen 2015 få mer slagkraft då de är vana att utföra utvärderingar och kan anses som experter vid sitt område. Då det är viktigt att få med patienternas åsikter i utvärderingen är det viktigt att kontakta denna enhet inom en snar framtid då det tar längre tid att skaffa fram patienternas åsikter än att leta i databasen.

5.2 Förväntade resultat av mottagningens arbetsätt

I detta avsnitt presenteras hur mottagningens arbetsätt i dagsläget bidrar till en ökad vård- och livskvalitet för patienter som genomgått behandling för cancersjukdom som barn genom fokus på patienterna och att arbeta för patienternas möjlighet till samskapande. Här presenteras också en analys av vilka resultat mottagningens arbetsätt kan uppnå utifrån en jämförelse med andra verksamheter inom sjukvården vars arbetsätt är uttalat patientfokuserat. Vidare utreds hur väl mottagningen lever upp till de förväntningar och krav som ställs på mottagningen från dess intressenter.

Patienter som har genomgått behandling för en cancersjukdom som barn kan via ett besök på mottagningen få sin hälsa kontrollerad och sina vårdbehov bemötta grundat på grundläggande kompetens om de specifika problem och behov en cancersjukdom och behandlingen av denna kan ge upphov till. Genom att erbjuda detta innebär det att ett viktigt riskförebyggande arbete kan utföras. Detta är också en del av ramverket för *God vård* och går att hitta under punkten om säker hälso- och sjukvård i teorikapitlet. Denna kompetens är något som patienterna tidigare inte har kunnat komma i kontakt med via den ordinarie vuxenvården i form av vårdcentraler vilket har lett till att patienter upprepade gånger fått söka vård för samma problem innan rätt vård har kunnat ges. Detta har i sin tur lett till en hög vårdkonsumtion och därmed höga vårdkostnader inom patientgruppen, något som mottagningens arbete kan sänka. Mottagningens specifika medicinska kompetens tillsammans med den sammanfattning av den enskilda patientens sjukdoms- och behandlingshistorik, som görs för varje patient, innebär att mottagningen kan erbjuda uppföljning och en vårdplan som i hög grad är individualiserad och anpassad efter patientens medicinska behov vilket är ett av huvuddragen inom patientfokuserad vård (Robinson et al, 2008). Detta ger enligt Socialstyrelsen (2008) en bättre vårdkvalitet samtidigt som det sänker kostnaderna för vården av patientgruppen, något som resultaten av liknande arbetsätt i Storbritannien har visat.

Genom att mottagningen samlar medicinsk kompetens och kompetens inom psykosocial hälsa kan bättre och mer underbyggda vårdbeslut, utifrån patientens samlade vårdbehov, fattas. Detta är något som initiativen inom äldrevården har visat ge högre patientsäkerhet och upplevd vårdkvalitet. Således kan mottagningen koordinera en vårdinsats utifrån patientens samlade behov och därmed erbjuda patientcentrerad vård vilket bidrar till god vårdkvalitet (Little et al., 2001). *Screeningen* av patientens allmänna hälsotillstånd bidrar, vid sidan av att fånga upp patientens psykosociala behov, till att mottagningen kan ta hänsyn till patientens livs- och familjesituation vid utformandet av patientens vårdplan. Detta är enligt McCormack et al. (2010) essentiellt vid skapandet av patientfokuserade vårdprocesser. Då patienten under mötet med läkaren och specialsjuksköterskan sedan själv avgör vilka av de områden som ingår i *screeningen* som ska tas upp, och således själv får specificera sitt eget vårdbehov och styra besöket på mottagningen utifrån detta, kan patienten involveras i framtagandet av vårdplan och i beslutsfattandet om sin egen hälsa. Detta är något som främjar *co-creation* i sjukvården och bidrar till patientfokuserad vårdmiljö och patientfokuserade vårdprocesser. Vidare har detta tillsammans med att patienten får tillgång till sammanfattningen av sin behandling inneburit att patienten fått kontroll över sin egen hälsa vilket medför en jämnare maktfördelning mellan patient och vårdgivare och därmed ytterligare förutsättningar för delat beslutsfattande, *co-creation* och därmed *God vård* enligt Socialstyrelsens (2008) definition.

Den ökade autonomin och kontrollen över sin egen hälsa, via informationen i sammanfattningen, leder tillsammans med att hänsyn tas till patientens livssituation och bemötandet av dennes holistiska behov till ökad trygghet och minskad oro, vilket innebär en högre livskvalitet för patienterna (Stewart et al., 2000). Detta styrks av resultat både från äldrevården i Sverige och uppföljningsmottagningar i Storbritannien, där ovan nämnda faktorer sänkt depression, oro och sociala problem i patientgruppen

med mer än 50 %. Minskad oro har i dessa fall också lett till minskat vårdbehov inom patientgruppen och därmed minskade kostnader för vården. Patienternas livskvalitet påverkas också positivt av att patienten, i och med mottagningens kompetens, snabbt kan remitteras till rätt vårdinstans och således undviker omfattande vårdsökande. Detta är något som har visats i resultat från *One-stop breast clinic* i Malmö och innebär en bättre vårdkvalitet genom hälso- och sjukvård i rimlig tid. En ökad livskvalitet tillsammans med sänkta vårdkostnader är något som identifierats som mycket viktigt i intressentanalysen som gjorts varför mottagningen bör kunna leva upp till intressenternas krav inom dessa områden.

Att patienterna får tillgång till information om sin sjukdomsbakgrund och möjliga seneffekter ökar patientens möjlighet att fatta informerade beslut om sin egen hälsa och därmed ökas också dennes möjlighet till egenvård vilket är i linje med *co-creation*. Detta minskar också patientens behov av professionellt ledd vård vilket ytterligare sänker vårdkostnaderna. Att denna typ av medskapande i vården leder till minskade vårdkostnader styrks av resultat från uppföljningsmottagningar i Storbritannien. Tillgången på information och möjlighet till medskapande är något som framkommit som essentiellt vid patientintervjuer såväl som via patientberättelser från både Sverige och Storbritannien. Genom att denna information också sänds till samtliga vårdgivare i en eventuell vårdinsats förbättras informationsflödet och samarbetet mellan vårdinstanser och mellan medicinska specialiteter vilket är ett viktigt steg i att minska splittringen inom sjukvården som Glouberman och Mintzberg (2001) beskriver. Detta bidrar också till ökad patientsäkerhet då problemen med ansvarsöverlämning, som behandlas i avsnittet om initiativ inom äldreården, minskar. Denna informations spridning främjar också kompetensutvecklingen inom seneffekter av cancerbehandling på de lokala vårdcentralerna och samarbetet mellan mottagningen och primärvården, vilket är i enlighet med önskemål som framkommit i intressentanalysen. Att denna information också förs in i ett kvalitetsregister bidrar till att bygga underlag för forskning på seneffekter av cancer och behandling vilket även det framkom som önskvärt bland mottagningens intressenter. Detta kan också ses som ett aktivt riskförebyggande arbete och kan därmed på sikt höja patientsäkerheten och således vårdkvaliteten.

Sammantaget kan det konstateras att mottagningens arbetssätt ökar sjukvårdens patientfokus och patienternas möjlighet till medskapande samtidigt som kostnaderna för vården av denna patientgrupp kan förväntas minska ur en holistisk synvinkel. Detta innebär att mottagningen kan anses leverera hög vårdkvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens (2008) ramverk *God vård*. Det kan också konstateras att mottagningen bör kunna leva upp till de förväntningar och krav från mottagningens intressenter.

5.3 Effektivitetsproblem i dagsläget

Mottagningen är nyuppstartad och personalen provar sig fortfarande fram hur de ska arbeta. Det finns därför en del problem kopplade till hur verksamheten ser ut i dag. I detta avsnitt presenteras de problem som mottagningen möter i dag, som kan åtgärdas på kort sikt, detta utifrån teorin kring verksamhetsutveckling. Först presenteras det övergripande problemet: att mottagningens resurser inte räcker till. Sedan behandlas de faktorer som gör att verksamhetens resurser i dagsläget inte utnyttjas optimalt och således bidrar till bristen på resurser. Spill och variationer gör verksamheten mindre effektiv och en avsaknad av utvärdering försvårar möjligheten att förbättras.

5.3.1 Brist på resurser

Det mest uppenbara problemet i dagsläget är att resurserna som finns till förfogande inte riktigt räcker till allt som personalen vill uträtta. Detta yttrar sig främst i att samtlig personal lägger mer tid på mottagningen än de egentligen ska och får betalt för. Hittills har deras arbetsgivare utanför mottagningen tillåtit detta, då samtliga av dessa har intressen i att vården för patientgruppen förbättras. Ska detta vara långsiktigt hållbart krävs det dock att personalen håller sig inom ramarna för sina anställningar. Två faktorer påverkar problemet med resursbrist: hur mycket resurser mottagningen har och hur dessa utnyttjas. Hur mycket resurser mottagningen har att disponera är svårt att påverka, däremot finns potential att utnyttja resurserna som finns mer effektivt.

Läkaren har visat sig vara den som har mest ont om tid och säger sig själv ha svårt att ta emot patienter i samma takt som specialistsjuksköterskan skulle kunna kalla dem. Läkaren blir därför flaskhals för hela mottagningen och sätter därmed takten för hur många patienter som kan tas emot, enligt teorin om flaskhalsar (Åhlström, 2010). Personalen önskar dessutom minska antalet patientbesök per mottagningstillfälle för att få möjlighet att kollektivt diskutera varje patient efter besök. I praktiken vill de boka en halvtimme efter varje patient för diskussion. Det är inte bara tid som är en begränsande faktor, utan även lokaler. För mottagningstid får verksamheten hyra lokaler på Jubileumskliniken på Sahlgrenska, dessa är begränsade till undersökningsrum och kontor samt provisoriskt samtalsrum. Lokalbristen leder till att varken specialistsjuksköterska eller kurator kan träffa annan patient parallellt med att en patient träffar läkaren. Detta försvårar i sin tur möjligheten att låta patienter med mindre behov bara träffa exempelvis sjuksköterskan, medan läkaren tar emot annan patient.

5.3.2 Spill och variation i verksamheten

Enligt *God vård* ska sjukvården bland annat vara både patientfokuserad och jämlik för att hålla god kvalitet (Socialstyrelsen, 2008). Samtidigt är ytterligare en del av *God vård* att vården är effektiv, att tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt (Socialstyrelsen, 2008). Att öka effektiviteten handlar om att öka tiden som genererar värde och därmed minska spill och variationer (Slack et al., 2010; Åhlström, 2010).

I detta fall måste mottagningen göra en avvägning mellan hur pass lång tid som ska läggas på varje patient och hur många patienter som kan tas emot. Det kan konstateras att mottagningens personal hittills har fokuserat på att anpassa besöken till varje patient och i dagsläget finns det en stor grupp patienter som ännu inte fått möjlighet att besöka mottagningen. Intressenterna har uttryckt att vårdkvaliteten är viktig men det kan också utläsas att det måste vara ekonomiskt försvarbart, varför en bra balans mellan vårdkvalitet och ekonomisk hållbarhet måste upprättas. Enligt *patient i fokus* ger högre vårdkvalitet ofta ekonomiska fördelar samtidigt som fler patienter som besöker mottagningen ger större besparingar i form av mer avlastning av vårdbesök i andra delar av vården. Stämmer detta innebär det att det är möjligt att öka vårdkvaliteten, samtidigt som kostnaderna för gruppen sänks.

Den flexibilitet mottagningen erbjuder för patienterna är bra, men fokuset på den enskilda patienten kan stundtals överdrivas och negativt påverka antalet patienter som ges möjligheten att komma och därmed patientgruppen som helhet. En patient uttrycker att just mottagningens höga flexibilitet inte var något som förväntades. På grund av personalens stora flexibilitet gällande patientbesök, bristande rutiner och att inget direkt underlag för vad patienterna vill ha ut av ett besök finns blir det oklart vad ett besök ska innehålla. Mottagningspersonalens höga flexibilitet var överraskande och kan sägas vara ett behov som uppfylls till för hög grad. Enligt teorin om att kvalitet beror av kundens förväntningar (Grönroos, 1992), påverkar inte denna flexibilitet kvaliteten positivt. Detta ger istället spill rörande processen (Manos et al., 2006). Hade patienterna vetat exakt vad besöket skulle gå ut på finns även möjligheten att en del patienter skulle bedöma att de inte behöver komma, vilket hade sparat tid både för dem själva och för mottagningens personal. Resurser skulle istället kunna läggas på att exempelvis se till att fler patienter får möjligheten att komma på ett besök på mottagningen.

En patients första besök är den dominerade typen av besök, varför dessa i stort sätt följer samma mönster varje gång, detta till trots saknas det till viss del rutiner. Mottagningens personal har i dagsläget ingen klar agenda för hur arbetet utöver patientkontakt under mottagningstid ska läggas upp. För att vara flexibel för patienten finns det inga klara tider för när besök ska påbörjas, utan det anpassas efter patienten. Detta innebär att vilka tider patienterna anländer skiftar från eftermiddag till eftermiddag. Detta skapar artificiella variationer i när besöket påbörjas (NHS, 2005b). Därutöver varierar patientens besökstid också stort, då patienten i stort sett ges den tid denna vill ha. Dessa oregelbundenheter ger ett sämre patientflöde och gör att det blir svårare att använda den tid som uppstår mellan patientkontakterna. Tid och energi måste läggas också på att hålla reda på när patienterna ska komma, istället för att detta följer ett återkommande mönster. Denna flexibilitet ger utöver variationerna spill i form av onödiga aktiviteter i processen genom att lägga tid på att hålla koll på när patienter ska komma (Slack et al., 2010). När personalen anpassar sitt schema efter patienterna, är det lätt att det uppstår tid mellan patienterna då det är svårt att komma igång med något annat arbete. Därutöver kan långa besökstider ge spill i form av överproduktion (Manos et al., 2006), då personalen själva uttrycker att långa besök ofta inte ger något extra i slutet av tiden.

Kurator eller specialistsjuksköterska går ofta ut för att vänta på patienterna i god tid, för att minimera tiden patienterna behöver vänta, då dessa ofta är tidiga. Detta innebär att specialistsjuksköterska eller kurator inte utför något effektivt arbete upp till 20 minuter innan patient anländer, såvida de inte fortfarande är upptagna med föregående patient. Vidare har kurator och specialistsjuksköterska inga rutiner under tiden patienten träffar läkaren, som beskrivet i *4.1 Kartläggning av arbetet på mottagningen*. Detta innebär att det uppstår mycket spill i form av väntetider (Manos et al., 2006).

Därutöver har kuratorn som enda uppgifter under ett mottagningsbesök att utföra *screening* och utvärdera denna, något som generellt sett tar tio respektive fem minuter, detta motsvarar en sjättedel av det totala besöket på 1,5 timme. De stora variationerna i patientbesöken hos läkaren och kuratorns roll att utvärdera *screening* som sista moment, gör att kuratorn måste vara stand-by under större delen av tiden patient träffar läkare. Kuratorn kan då inte utföra något direkt arbete, vilket ger spill i form av outnyttjad potential (Manos et al., 2006). Kuratorn har själv uttryckt ett visst missnöje över att inte få utföra något "riktigt arbete", även om hon är nöjd med att jobba med mottagningen. Det är tydligt att kuratorns fulla potential inte utnyttjas i dagsläget.

En del i mottagningens höga flexibilitet har visat sig i att inga patienter har nekats, om de hört av sig på egen hand. Därutöver har alla patienter med sammanfattning kallats, oavsett ålder. Mottagningen kan inte göra lika mycket för äldre patienter, varför att ta emot en äldre patient inte tillför lika mycket nytta som att ta emot en yngre, vilket kan kopplas till spill i form av överproduktion (Manos et al.,

2006). Dessutom tar det förberedande arbetet längre tid för en äldre patient, vilket beskrivits i 4.1 *Kartläggning av arbetet på mottagningen*.

Viss brist på rutin finns också i hur arbetet i det administrativa flödet går till. Skapande av digital sammanfattning i kvalitetsregistret sker på blandat sätt och remisser följs upp vid godtycklig tidpunkt. En del arbete bygger på att specialistsjuksköterskan håller information i huvudet och för anteckningar på diverse papper och post-it-lappar. Därutöver uppstår störningsmoment i det administrativa arbetet, då specialistsjuksköterskan jobbar parallellt med Barncancerfonden. I dagsläget fungerar arbetssättet bra, men det är tveksamt om det kommer vara hållbart när antalet patienter som varit på besök växer.

5.3.3 Avsaknad av utvärdering

Trots att mottagningens personal uttalat att de vill ha feedback på hur patienterna upplever sitt första besök, sker i dagsläget ingen utvärdering av patientbesöken, bortsett från några frågor under besöket. Detta gör att mottagningens personal inte får någon återkoppling på det arbete de utför och de förändringar de gör. Verksamheten kan därför inte vara säker på att förbättringar som görs sker i rätt riktning och därmed är rätt förändringar att göra. Frånvaron av systematiserad utvärdering innebär också att det är svårt att säga om verksamheten ger patienterna bättre vård än den klassiska vården, vilken annars hade kunnat användas för att visa för finansierare att pengarna används på ett bra sätt (NHS, 2005c). Detta innebär att det i dagsläget inte skapas något underlag att visa upp vid utvärderingen 2015.

5.4 Förbättringsförslag för mottagningens verksamhet – på kort sikt

För att uppnå en hög vårdkvalitet, måste enligt *God vård* effektiviteten vara hög. I detta fall kommer ökad effektivitet också leda till att fler får möjlighet att besöka mottagningen, vilket ger en högre jämlikhet och därmed ökad vårdkvalitet (Socialstyrelsen, 2008). I detta avsnitt följer förslag på hur variationerna och spillet presenterade i 4.1 *Kartläggning av arbetet på mottagningen* kan åtgärdas och därmed öka effektiviteten. Dessa åtgärder innebär att mottagningen bör släppa lite på sin flexibilitet för den enskilda patienten och gå mot en vård som är bättre för hela patientgruppen som helhet. Det bör poängteras att den typen av minskning av flexibilitet som föreslås inte förväntas minska vårdkvaliteten inom andra områden, då mottagningens flexibilitet i dagsläget överträffar den förväntade. Då mycket spill har identifierats under ett första besök för patienten på mottagningen behandlar en stor del av åtgärderna just detta, dessa åtgärder presenteras först. På detta följer sedan allmänna åtgärder med syfte att ge rutin och högre effektivitet.

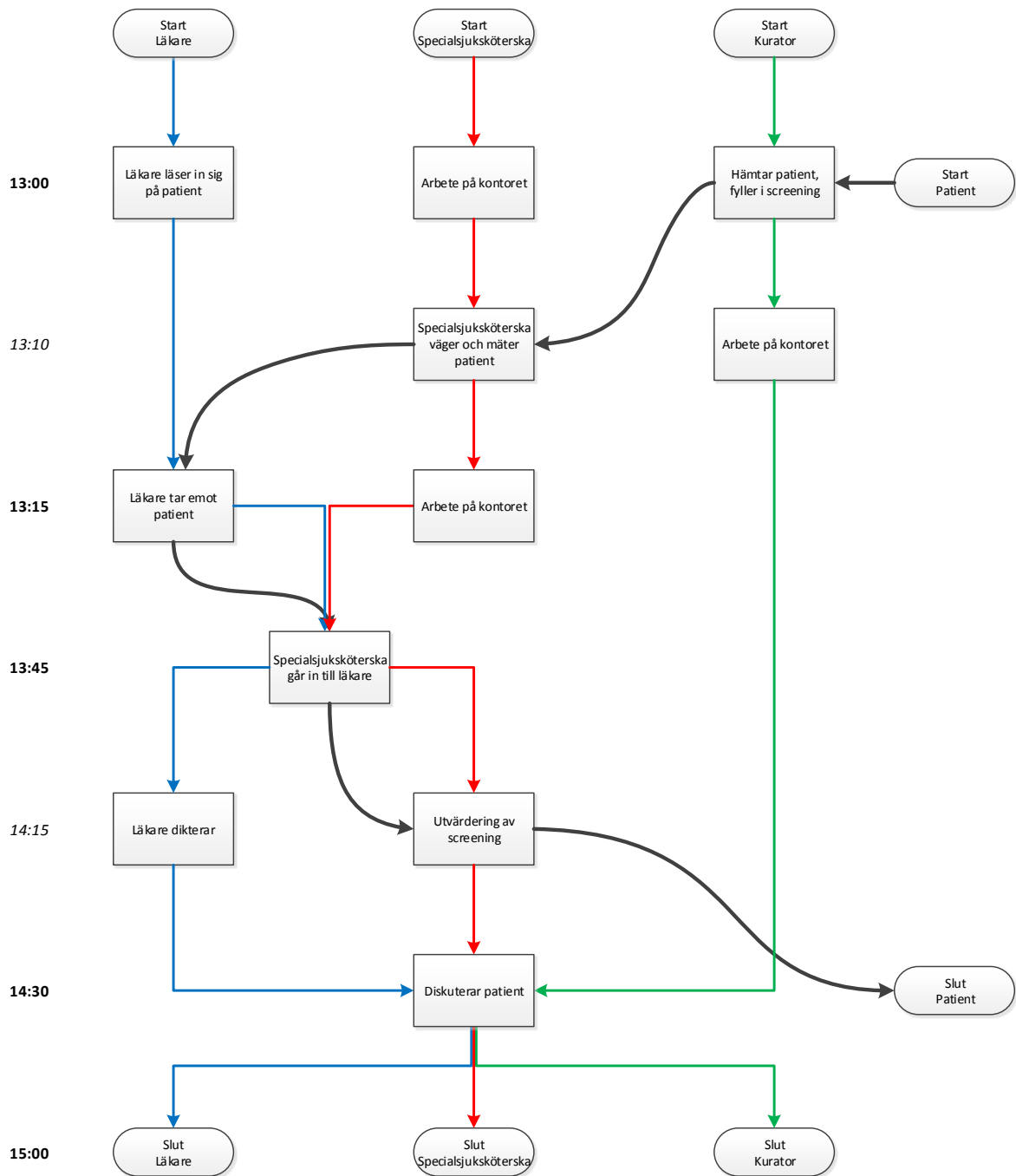
5.4.1 Nya rutiner för patientens första besök

En första åtgärd som kan minska på flexibiliteten och på detta sätt öka mottagningens effektivitet är att se till att besöken har fasta start- och sluttider och inte rubba på dessa. Upptagningsområdet för mottagningen är stort geografiskt, varför många patienter kommer att behöva resa en bit för ett besök, därmed är det förmodligen inte så viktigt exakt när besöket börjar. Mottagningen rekommenderas därför att ha fasta start- och sluttider för patientbesök. Varje patient beräknas ta 90 minuter och mottagningen önskar 30 minuter mellan varje patient för diskussion. Detta öppnar upp för att under måndagseftermiddagar, 13:00-19:00, planera in tre besök med starttid 13:00, 15:00 och 17:00 och sluttid efter 90 minuter. Genom att informera patienten i förväg att en dryg timme av dessa kommer bestå av läkartid, och resten ifyllning och utvärdering av *screeningen*, kommer det bli lättare att hålla tiderna samtidigt som patientens förväntningar kan uppfyllas, vilket kommer ge en hög kvalitet på tjänsten (Grönroos, 1992). För de patienter som inte tar totalt 90 minuter, kan istället den extra tiden läggas på administrativt arbete. Fasta tider gör att de artificiella variationerna minskar (NHS, 2005b). Samtidigt bör två timmar räcka för patientmöte och diskussion, marginal finns då för att fånga upp

naturliga variationer om exempelvis en patient är sen. Resultatet blir minskade variationer, vilket leder till högre effektivitet (Åhlström, 2010). En annan fördel med fasta tider är att mottagningens personal kommer få en bättre bild över hur patientmöten flyter och vad som bör ha tagits upp efter exempelvis halva besöket. Utifrån samma logik som ovan bör specialistsjuksköterskan ha en fast tid då denna ansluter till läkaren.

Utöver att ha en fast starttid, bör denna också hållas i praktiken och att patienten hämtas först då besöket verkligen ska starta. Ett sådant förhållningssätt skulle ge mindre artificiella variationer (NHS, 2005b), samtidigt som att varken vårdkvaliteten ökar av att hämta patienten tidigt och inte heller är det något patienten förväntar sig. Att arbeta på detta sätt skulle effektivt minska spillet i form av väntetider (Manos et al., 2006), då det öppnar upp för effektivt arbete fram tills utsatt tid, istället för att personalen redan 20 minuter innan besöket ska inledas börjar fundera på om patienten kommit.

För att öka kuratorns effektivitet gällande arbetsuppgifter finns två val: det mest effektiva för kuratorns arbete är om denne endast är på mottagningen då denne har ett kartläggande samtal med patient och resterande tid sköter uppgifter som exempelvis telefonsamtal. Med detta alternativ skulle inget direkt spill uppstå för kuratorns del, dock måste diskussionen gällande patienterna läggas på annan tid. Det andra alternativet är att kuratorn träffar patienten under första besöket för att presentera sig själv, något som uttryckts som önskvärt av personalen. Då kan kuratorn även ta hand om ifyllandet av *screening*, som sker i dagsläget. Dock rekommenderas specialistsjuksköterskan sköta utvärderingen av *screeningen* då denne ändå är inne med patienten hos läkaren i slutet av besöket. Kuratorn behöver då inte vara beredd på att komma upp och sköta utvärderingen och kan istället syssla med annat arbete till utsatt tid för diskussion av patient. Detta skulle effektivt kunna eliminera det spill i form av outnyttjad potential (Manos et al., 2006) som kuratorn upplever idag. Under denna tid kan kuratorn göra annat arbete, exempelvis sitta i telefonkö eller ha som tid att kunna bli uppringd av andra delar av vården. Hur det skulle kunna se ut om kuratorn fortsatt sköter ifyllandet av *screeningen* presenteras nedan:



Figur 5.1. Förslag på patientens första besök.

Bilden ovan illustrerar hur dagens första besök skulle kunna se ut. Tiderna ute till vänster är när varje aktivitet ungefär påbörjas. De fetmarkerade tiderna är tider som bör vara fasta, medan resterande tider kan vara mer flytande. Arbetet kan flyta på i stort sett som i dagsläget. Besöket börjar med att kuratorn hämtar patienten vid avtalad tid för att sedan fylla i *screeningen*. Detta och vägningen beräknas ta en kvart för att sedan vid en fast tid gå in för att träffa läkaren. Läkaren vet då när denne måste ha läst in sig klart på patienten, vilket gör det lättare att planera tiden. Läkarnbesöket tar ungefär en timme och besöket avslutas för patientens del med utvärderingen av *screeningen*. Vid en fast tid bör sedan patienten diskuteras, som sista moment i besöket. Tiderna är bara rekommendationer och kan justeras, men de fasta tiderna bör vara fasta för att underlätta planeringen av arbetet för all personal. En total längd på två timmar har fördelen att ett jämt antal patienter kan planeras in på såväl måndagar som onsdagar. Om det istället beslutas att kuratorn endast ska vara närvarande när denne

har tid med patient, kan specialsjuusköterskan sköta ifyllandet av *screeningen* och det sista steget i processen kan förläggas på annan tid. Detta öppnar upp för att ta emot patienter med 90 minuters mellanrum, men då måste istället tid dedikeras vid annat tillfälle för diskussion av patienter. Utvärderingen av *screeningen* ska vara klar till sommaren, men då personalen tror sig vilja ha kvar den, kommer arbetet inte förändras speciellt mycket då. Skillnaden blir att aktiviteten att utvärdera *screeningen* försvinner, vilket frigör lite extra tid att diskutera patient eller syssla med annat arbete.

5.4.2 Övriga åtgärder för ökad effektivitet

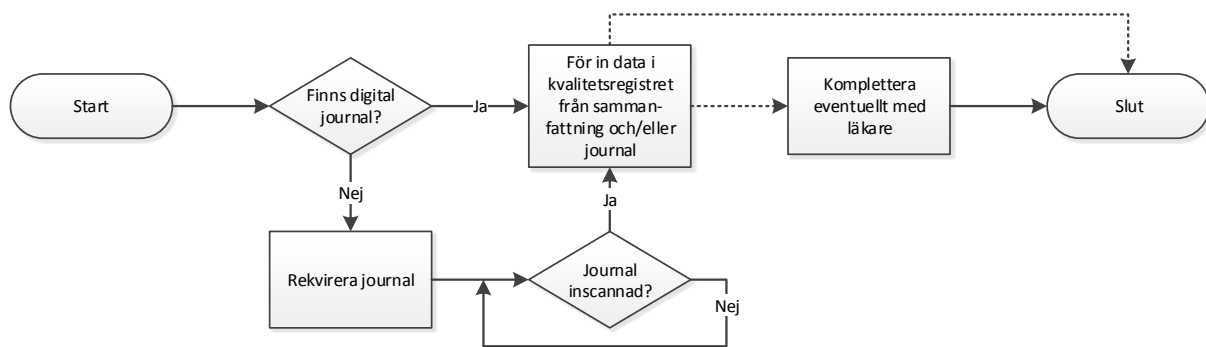
Då läkaren har identifierats som flaskhals för mottagningen, är det läkarens takt som sätter begränsning för hur många patienter som kan tas emot. När rutiner fås för hur besök ska se ut, kommer tidsvariationerna att minska, vilket innebär att läkarens tid kommer att kunna utnyttjas mer effektivt (Åhlström, 2010). För att ytterligare öka effektiviteten skulle det antingen behöva tillföras mer resurser i form av mer läkartid eller genom att minska beroendet. Genom att låta en del aktiviteter som utförs av läkaren istället utföras av annan personal, kan verksamhetens beroende av läkartid minska, och effektiviteten öka (NHS, 2004). Ett sätt att genomföra det i praktiken skulle kunna vara att låta specialsjuusköterskan sköta en del besök på egen hand, utan att läkaren behöver medverka. Bedöms en patient inte behöva så omfattande hjälp, skulle en tid bokas in endast med specialsjuusköterskan. På så sätt skulle arbete kunna flyttas från flaskhalsen och läkarens tid skulle då istället kunna läggas på att utföra arbete som i dagsläget görs på annan tid.

Ett sätt att minska spill i form av överproduktion (Manos et al., 2006) skulle kunna vara att hårdare fokusera på att ta emot patienter inom målgruppen, 18-30 år, framför äldre patienter. Detta kan bland annat göras genom att vara tydligare med vilken målgruppen är då de går ut med information. Ytterligare kan det vara lämpligt att vänta med patienter som är över 30 år, även om sammanfattning finns. Genom att ha en klar definition för vilka som ska ges möjlighet att besöka mottagningen, kan resurser läggas där de ger mest nytta. Skulle ändå äldre patienter vilja tas emot, skulle detta kunna vara en grupp som kan hanteras av endast specialsjuusköterskan, då inte lika mycket kan göras för gruppen.

Det rekommenderas att mottagningen kontinuerligt gör utvärdering av patientbesöken och låter patienterna utvärdera sina besök. Detta för att kunna utveckla och förbättra arbetet (NHS, 2005d). Utvärderingen kan också fungera som motivation för personalen, då de kan få bekräftelse på att det de gör faktiskt hjälper patienterna. Dessutom utgör den data som framkommer ur patientbesöksutvärderingarna underlag för utvärderingen av verksamheten år 2015, och kan då visa på om mottagningens verksamhet faktiskt är nödvändig (NHS, 2005c).

Vad gäller det administrativa arbetet, främst utfört av specialsjuusköterskan, skulle lite ökad rutin förmodligen öka effektiviteten. Exempelvis att det förberedande arbetet ska ske i en specifik ordning och att följa upp remisser och liknande ska ske vid en specifik tidpunkt varje vecka. En rekommendation är att ha en whiteboard eller ett exceldokument för att hålla koll på patienternas status i dagsläget istället för att ha dessa anteckningar utspridda på diverse papper och post-it-lappar. När mottagningen får tillgång till den databas de jobbar för, kan dessa anteckningar istället sparas där. Om specialsjuusköterskan slipper hålla en del i minnet, kan energin istället läggas på arbetet. Det rekommenderas att kvalitetsregistret inte fylls i med information förrän journalen finns inskannad, och att alla steg i flödet sker i en specifik ordning, för att slippa gå tillbaka och komplettera en redan påbörjad digital sammanfattning.

Ett förslag på ett modifierat flöde av det administrativa arbetet presenteras i nedanstående figur:



Figur 5.2. Förslag på nytt upplägg av förberedande arbete.

5.5 Förslag till framtida tjänstedesign

I detta avsnitt kommer förslag att ges på hur mottagningen på lång sikt kan designa den tjänst de erbjuder för att ytterligare öka patientcentreringen, möjligheter till *co-creation* samt tillgängligheten och på så sätt bättre leva upp till Socialstyrelsens (2009) definition på vårdkvalitet genom ramverket *God vård*. Mottagningens huvuduppgift är som tidigare nämnt att identifiera vårdbehov hos patientgruppen och koordinera en holistisk vårdinsats för att tillgodose dessa behov, vilket fortsatt kommer vara utgångspunkten för dessa förslag. Vidare utgår dessa förslag från premissen att uppföljningen av patientgruppen fungerar väl medan patienterna befinner sig i barnvården och att mottagningen därför endast fokuserar på uppföljningen av cancersjukdomen och behandlingen efter att patienterna övergått till vuxenvården.

De utvecklingsmöjligheter som identifierats kan delas in i tre huvudområden, vilka är: hur mottagningen hanterar patienternas övergång från barn- till vuxenvård, vilka kompetenser som bör vara knutna till mottagningen samt patientutbildning.

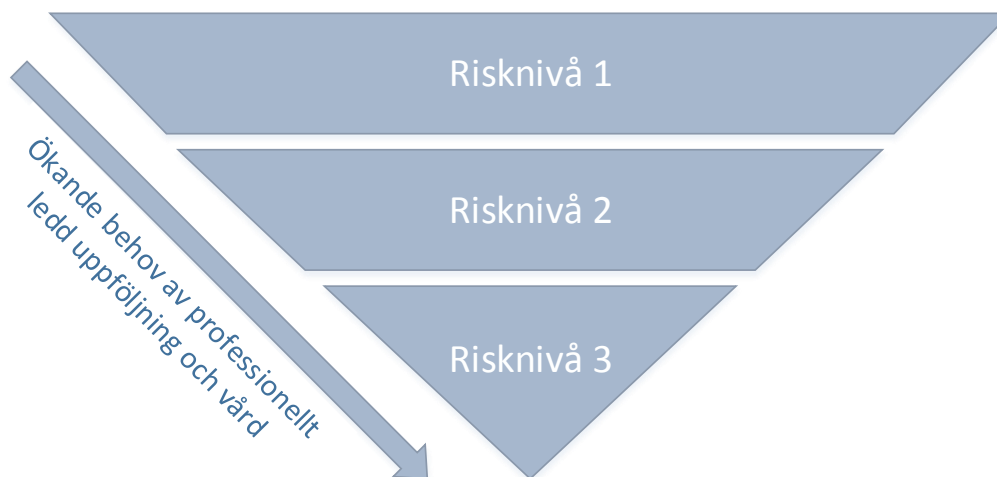
5.5.1 Övergång från barn- till vuxenvård

För att tidigt kunna fånga upp behov hos patienterna bör de kallas till mottagningen redan vid deras övergång från barn- till vuxenvård. Detta för att kunna ge patienterna information om hur vården fungerar på vuxensidan samt förbereda dem för detta genom att ge information om vart de ska vända sig för att få hjälp om problem uppstår. Genom att patienterna vet vart de ska vända sig och på så sätt hitta rätt vård tidigt och slipper söka vård flera gånger för samma problem kan den höga vårdkonsumtionen inom patientgruppen minskas och därmed även kostnaderna för vården. Det leder också till högre vårdkvalitet och patientsäkerhet då patienten snabbare kan få sina behov tillgodosedda och problemen kan åtgärdas innan de blir mer omfattande (Socialstyrelsen, 2008). Detta bidrar också till att hålla kostnaderna nere då problem blir dyrare att hantera desto längre tid de står obehandlade (NHS, 2011).

Då seneffekter av cancersjukdom och behandling är något som patienterna till någon grad kan komma att drabbas av livet ut, och sannolikheten att drabbas ökar med åldern vilket innebär att behoven ändras med tiden, är kontinuitet i uppföljningen viktigt (NHS, 2010a). För att kunna sköta denna kontinuerliga uppföljning av patienters hälsa på ett effektivt sätt bör en modell för hur uppföljningen ska ske tas fram. Denna modell ska innefatta hur ofta patientens hälsa ska följas upp, på vilket sätt och av vem uppföljningen ska utföras. Då mottagningens uppgift är att följa upp seneffekter som ofta ännu inte har uppstått vid detta möte måste omfattningen av uppföljning och sättet den genomförs svara mot en bedömning av patienternas eventuella framtida behov. Eftersom behoven inom denna

patientgrupp är spridda passar inte samma modell för alla patienter varför en segmentering av patienterna i mindre grupper är att rekommendera. Utifrån dessa grupper kan sedan olika uppföljningsmodeller tas fram som svarar mot behoven i de olika grupperna.

Denna segmentering kan göras på det sätt som görs i Storbritannien och grundas på en bedömning av risk för seneffekter och deras komplexitet utifrån den sammanfattning av patientens sjukdom och behandling som gjorts tillsammans med en *screening* av patientens psykosociala hälsa. Här kan samma *screening* instrument som redan används på mottagningen utnyttjas. Riskbedömningen utifrån sammanfattningen bör göras av ett medicinskt multidisciplinärt team, MDT, med kompetenser inom både onkologi och specialiteter inom vilka seneffekter kan uppstå. Detta team och dess fördelar behandlas närmare längre fram. Förslagsvis delas patienterna in i tre kategorier, risknivå 1, 2, och 3, med ökande risk för seneffekter och psykosociala behov och därmed behov av professionellt ledd uppföljning och vård, med ökande risknivå. Dessa risknivåer presenteras schematiskt enligt *Figur 5.3* nedan. Då behoven av seneffektsuppföljning uppkommer eller ändras med tiden kan patienter komma att omkategoriseras allt efter som (NHS, 2010a).



Figur 5.3. Schematisk beskrivning av föreslagen risksegmentering av patienter.

I den lägsta riskkategorin kan patienter med stabil hälsa och vid mötets tidpunkt låga psykosociala problem samt vars risk att utveckla seneffekter och deras komplexitet bedömts som låg. Uppföljningsmodellen för denna kategori bör, som den också gör i Storbritannien, grunda sig på *co-creation* och egenvård där patienten själv har ansvaret för, och kontrollen av, sin egen hälsa och kan påverka den med sin livsföring. För denna grupp kan uppföljningen av medicinsk och psykosocial hälsa förslagsvis ske via automatiserade enkäter över internet eller via post med en frekvens som mottagningen finner lämplig. Resultaten av dessa enkäter föreslås tolkas av MDT för att fatta beslut om eventuell omkategorisering eller vårdinsats. Mottagningen bör sträva efter att så många patienter som möjligt ska ha möjlighet till kontroll över och kunna sköta sin egen hälsa då det innebär hög grad av involvering av patienterna i deras eget vårdskapande och därför en hög vårdkvalitet enligt Socialstyrelsen (2008). Detta innebär också en minskning av vårdkostnaden för denna patientgrupp då vårdbehovet inom denna patientgrupp minskar. För att möjliggöra medskapande krävs att patienten vid uppföljningsmötet får tillgång till omfattande information om sin tidigare sjukdom och sin behandling samt vad denne kan göra för att påverka sin egen hälsa (McColl-Kennedy et al., 2012). Det är också viktigt att patienten får tillgång till kontaktuppgifter till vart denne ska vända sig om problem uppstår för att vid behov snabbt kunna komma tillbaka till professionellt ledd vård (NHS, 2012). Mer om information och patientutbildning tas upp längre fram.

I de övriga två grupperna kan patienter som inte är lämpade att helt ta ansvar för och sköta sin egen hälsa utan professionellt ledd uppföljning placeras. Detta på grund av att dessa patienter har en högre risk att drabbas av komplexa seneffekter eller ett mer varierande hälsoläge varför de kräver en mer noggrann uppföljning och större vårdinsats. Detta gäller speciellt för de patienter i risknivå tre. För patienterna i dessa två kategorier måste MDT på mottagningen avgöra om uppföljning måste ske på mottagningen eller om den kan göras via exempelvis hälsokontroller på patientens vårdcentral. Här kan mottagningen fylla en viktig funktion genom att se till att samtliga vårdgivare i den totala vårdinsatsen för en patient har tillgång till sammanfattningen av patientens sjukdomshistoria samt information om vilka andra behandlingar patienten får i dagsläget. Detta för att den vårdinsatsen ska kunna koordineras på ett sätt som optimerar resultaten utifrån patientens holistiska vårdbehov.

Genom att göra detta flyttas fokus från patientens olika diagnoser till patientens hälsa i stort vilket är i linje med patientcentrerad vård och en del av ramverket för *God vård*. På detta sätt ökar vårdkvaliteten och möjliggör även en minskning av den splittring i vårdsystemet som Glouberman och Mintzberg (2001) tillsammans med Nutek (2007) beskriver. Det konstaterades också i kapitlet om äldrevård att genom att förbättra informationsflödet mellan vårdinstanser minskar problem med ansvarsöverlämning mellan olika vårdgivare och patientens samlade behov kan därför tillgodoses utan glapp och motsägelsefulla behandlingsbeslut i vårdproduktionen.

Genom att segmentera patienterna och utforma uppföljningsmodeller utifrån segmenteringen ges patienterna en säker uppföljning grundad på deras risk att utveckla seneffekter och anpassad efter deras behov vilket är en central del i patientcentrerad vård (Robinson et al., 2008). Detta samtidigt som omfattningen av vården av denna patientgrupp läggs på en nivå som motsvarar de faktiska behoven vilket innebär att överproduktion kan undvikas och därmed att vårdkostnaderna kan hållas nere. Denna segmentering och framtagandet av uppföljningsmodeller är också en del i en långsiktig lösning av mottagningens problem med avsaknad av rutiner i arbetet, vilka identifierades i verksamhetsanalysen, och bidrar därmed till att öka verksamhetens effektivitet och således även dess tillgänglighet.

Det är viktigt att poängtera att segmenteringen och tilldelandet av uppföljningsmodell bör ske i samråd med patienten vid detta möte. För att kunna erbjuda patienten möjlighet till medskapande och autonomi bör den tilltänkta uppföljningsmodellen ses som en rekommendation och förslag till patienten men att det är patienten som i slutändan bestämmer vilken uppföljningsmodell som passar denne bäst. För att patienten ska kunna fatta ett informerat beslut måste patienten få information om vilka alternativ till uppföljning som finns tillgängliga och vad ett val av ett annat alternativ skulle kunna resultera i. Detta är en av de viktigaste förutsättningarna för *co-creation* och därmed en viktig del i att skapa patientfokuserade vårdprocesser (McCormack et al., 2010).

5.5.2 Kompetenser knutna till mottagningen

Essentiellt för att skapa en patientfokuserad vårdmiljö är att patienten får tillgång till en lämplig mix av kompetenser som kan tillgodose dennes samlade medicinska och icke-medicinska behov (McCormack et al., 2010). Då mottagningen bedriver en relativt liten verksamhet med begränsade resurser finns en avvägning i vilka kompetenser som kan vara direkt knutna till mottagningen och vilka som kan vara tillgängliga vid behov via ett kontaktnätverk.

De kompetenser som föreslås vara direkt knutna till mottagningen är fortsatt de kompetenser som finns i dagsläget med ytterligare specialiteter. Detta MDT är ytterligare ett steg mot en mer kunskapsbaserad vård och en ansats att följa det ramverk som *God vård* innebär. Avsnittet om patientfokus inom äldrevården visar att ett sådant team, genom utbyte och kombination av kunskap, kan generera beslut av högre kvalitet som grundar sig i patientens holistiska vårdbehov och därför

leverera högre vårdkvalitet och patientsäkerhet. Det har under samtal med mottagningens personal framkommit att det är främst specialister inom strålning, kardiologi och endokrinologi som är essentiella då det är inom dessa områden som mest seneffekter har kunnat identifieras. Det är inte motiverat att dessa kompetenser ska vara knutna till mottagningen på heltid. Istället föreslås det att detta team kan samlas regelbundet, och diskutera sammanfattningarna av sjukdomshistorierna för de patienter som ska besöka mottagningen inom kort och utifrån dessa göra riskbedömningen. Vid detta möte kan också gjorda uppföljningskontroller diskuteras och beslut om omkategorisering av patienter eller vårdinsats fattas.

Detta team fyller en funktion också när patienter kommer till mottagningen när problem väl uppstått. Genom teamets multidisciplinära kompetens kan en vårdplan tas fram, som täcker in patientens samlade behov, vid endast ett tillfälle vilket visade sig på *One-stop breast clinic* ge resultat i form av kortare ledtider från att problem upptäcks till att en vårdplan fastslags och behandling kan påbörjas. Det visades där också att detta kunde minska oro hos patienterna då de tidigt kan få en heltäckande vårdplan samt att de behöver lägga mindre tid på vårdsökande och därför kan lägga mer tid på att sköta sitt normala liv med exempelvis arbete, studier och familjeliv vilket ger ökad livskvalitet. Att ta patientens livs- och familjesituation i beaktande vid designande av tjänster är en viktig del i att skapa patientfokuserade vårdprocesser varför detta team även genom denna funktion bidrar till patientfokus i vården och därmed *God vård* (McCormack et al., 2010; Socialstyrelsen, 2008). Ett samarbete, kunskapsutbyte och en ökad förståelse mellan olika specialiteter är också ett viktigt steg mot att minska splittringen inom vården och de problem detta kan medföra (Glouberman & Mintzberg, 2001). Det är återigen viktigt att poängtera att MDT inte ger vård utan endast har som funktion att koordinera vårdinsatser.

För att mottagningen ska kunna tillhandahålla ett vårdutbud som kan tillgodose patienternas samlade behov, medicinska som icke-medicinska, rekommenderas mottagningen bygga upp ett kontaktnätverk med dessa kompetenser. De kompetenser som knyts till mottagningen via kontaktnätverket bör vid sidan av det medicinska och psykologiska behoven också kunna bemöta övriga problem som kan uppstå efter en cancerbehandling. Dessa problem behandlades under inledningen till denna rapport och kan inkludera nedsatt arbetsförmåga, koncentrationssvårigheter och därmed problem med att återgå till eller påbörja akademiska studier och dylikt (NHS, 2012). Kompetenser som kan bemöta dessa kan exempelvis vara arbetsterapeuter, bidragshandläggare på försäkringskassan, arbetsförmedlare och studievägledare med flera. Önskemål på nämnda kompetenser har uppkommit både under intervjuer med patienter och genom tidigare publicerade patientberättelser i Storbritannien (NHS, 2010a).

Att knyta kompetenser till mottagningen på detta sätt innebär att hitta kontaktpersoner på berörda myndigheter eller vårdinstanser och göra dessa införstådda i vilka behov denna patientgrupp har så att dessa kan anpassa sitt bemötande av patienterna efter patienternas behov och livssituation. Bemötandet av dessa övriga behov bidrar även det till att involvera patientens totala livssituation i framtagandet av vårdinsatsen vilket är en av byggstenarna i patientfokuserad vård och kan hjälpa patienter att tidigt kunna återgå till ett normalt liv. Därigenom kan detta, vid sidan av god vårdkvalitet, också innebära en bättre livskvalitet för patienten (McCormack et al., 2010). Att patienten tidigt kan återgå till arbete och studier innebär också att de tidigare kan bidra till ekonomin i samhället varför detta förslag bidrar till att sänka samhällskostnaderna som barncancer ger upphov till, något som av intressenterna poängterats som viktigt (NHS, 2012). Att bygga upp ett kontaktnätverk är ett sätt att standardisera informationsflödet mellan mottagningen och de olika inblandade vårdinstanserna och kan på sikt lösa problemen med mycket väntan och otillgänglighet i denna kontakt, vilket kan

identifieras ur kartläggningen av verksamheten. Detta är något som framkommit som önskvärt vid intressentintervjuer. Detta innebär högre effektivitet och därmed ökad tillgänglighet i verksamheten.

5.5.3 Patientutbildning

För att möjliggöra *co-creation* och för att patienter ska kunna fatta informerade beslut om sin egen hälsa samt kunna vara delaktiga i att fatta beslut om sin egen uppföljningsplan måste patienten, som tidigare nämnt, få tillgång till omfattande och relevant information om sin tidigare sjukdomshistoria och behandling (McColl-Kennedy et al., 2012). Detta görs genom att patienten vid det rekommenderade övergångsmötet får tillgång till den sammanfattning som gjorts och får ta del av den tolkning som MDT gör. På detta sätt får patienten kunskap om vilka seneffekter som denne kan komma att drabbas av samt vilka symptom dessa medför och således vad patienten ska hålla under uppsikt i dennes hälsotillstånd. Genom att på så sätt öka patientens kunskap om sin egen hälsa får denne också kontroll över densamma vilket innebär att maktfördelningen mellan patient och vårdgivare förskjuts till patientens fördel vilket i sin tur underlättar för delat beslutsfattande som är en viktig del i att skapa en patientfokuserad vårdmiljö (McCormack et al., 2010). Detta gäller för samtliga patienter men främst för de i risknivå 1 som själva tar över huvudansvaret för sin egen hälsa och därför själva måste kunna bedöma om de behöver professionellt ledd vård eller inte.

Vidare föreslås mottagningen ge patienterna utbildning i hur de själva kan påverka sin hälsa genom sin livsstil. Detta kan göras genom kurser i kosthållning och fysisk aktivitet, något som tillsammans med bemötandet av psykosociala behov och patienternas ökade kontroll över sin hälsa har gett goda resultat i Storbritannien i form av ökad livskvalitet i patientgruppen. Detta syns främst genom att undersökningar har visat på stora sänkningar av depression, oro och sociala problem bland patienterna (NHS, 2012). Fysisk aktivitet tillsammans med god kosthållning har visats ge positiva effekter på problem som identifierats som seneffekter av cancersjukdom och behandling såsom trötthet, koncentrationssvårigheter och psykologisk ohälsa vilka kan leda till nedsatt arbetsförmåga och hinder för att återvända till eller påbörja akademiska studier. Vidare minskar det också risken i sig att drabbas av seneffekter (Speck et al., 2009). Genom att erbjuda utbildning inom dessa områden kan således patienterna tidigare återvända till arbete och studier och genom detta ett normalt liv vilket ger ökad livskvalitet samtidigt som det minskar vårdbehoven inom patientgruppen och således även vårdkostnaderna. Det sänker också kostnaderna för samhället i form av bidrag och sjukpension samtidigt som patienterna i större utsträckning bidrar till ekonomin via arbete och studier (NHS, 2012). Dessa utbildningar föreslås erbjudas som kurser för patienter i grupp. De bör genomföras med en frekvens som är ekonomiskt hållbar utifrån patientunderlag och intresse.

Vissa patienter kan vara motvilliga att vara delaktiga i skapandet av sin vård, något som inte är kompatibelt med vad *co-creation* innebär. Exempel på sådana patienter kan vara de som är allvarligt sjuka eller av annan anledning inte har möjlighet att utföra det arbete som krävs av patienten för att denne ska vara delaktig i vårdskapande. Dessa patienter kan därför vilja se sig som en traditionell patient, inte som en medskapande kund. Detta innebär att en avvägning bör göras huruvida patienten vill vara med och skapa sin vård och att det inte alltid är lämpligt att tillämpa teorin om *co-creation* i vården.

Samtliga åtgärder som beskrivs i detta avsnitt är långsiktiga förslag på hur mottagningen ytterligare kan öka sitt patientfokus och underbygga patienters möjlighet till delaktighet och medskapande i sin egen vård. Genom att genomföra dessa förslag kan således mottagningens efterlevnad av Socialstyrelsens (2008) ramverk *God vård* ökas. Förslagen är framtagna under förutsättning att mottagningen kan finnas kvar som en permanent verksamhet i regionen efter 2015. Förslagen kan

komma att kräva att mer resurser knyts till mottagningen men ökar samtidigt resurseffektiviteten i vården och samhället ur ett holistiskt perspektiv.

5.6 Förslag på tillvägagångssätt vid utvärdering av verksamheten 2015

2015 kommer en utvärdering av mottagningen att genomföras för att ta fram beslutsunderlag för mottagningens fortsatta verksamhet och finansiering. Detta innebär att en undersökning av mottagningen och dess nytta kommer att göras för att utvärdera om projektet ska etableras permanent inom vården. Vidare kan utvärderingen ligga till grund för vidare förbättringar av verksamheten. Det är därför intressant att veta hur utvärderingen kommer att gå till 2015 och vad den ska fokusera på.

5.6.1 Kritiska utvärderingsfaktorer

För att kunna utvärdera den tjänst mottagningen erbjuder måste det först identifieras vilka av mottagningens intressenter vars åsikter och förväntningar är viktiga att ta hänsyn till för att kunna bedöma tjänstens kvalitet. Detta då en tjänsts kvalitet enligt Buzzel och Gale (1987) endast kan bedömas av tjänstens konsumenter. Ur intressentanalysen har det kunnat identifieras att det, vid sidan om mottagningens patienter, är mottagningens framtida finansiärer och de som ska fatta beslut om mottagningen ska införlivas i det permanenta vårdutbudet som är viktiga att ta hänsyn till.

Det kan konstateras att det i dagsläget är oklart vilka som kommer att fatta beslut om mottagningen ska få fortsatt finansiering samt vilken instans som ska finansiera verksamheten. Det konstaterades dock i intressentanalysen att det troligaste på kort sikt är att Sahlgrenska måste omprioritera i sin budget för att mottagningens verksamhet ska kunna fortsätta drivas. På lång sikt är det snarare politiker såsom hälso- och sjukvårdsnämnderna samt hälso- och sjukvårdsutskottet i VGR som kan stå för fortsatt finansiering genom ökad budget. Dessa intressenters förväntningar och krav på mottagningen är således essentiella vid utvärderingen 2015.

Enligt Schvaneveldt et al. (1991) är det viktigt att undersöka vad de intressenter som anses vara betydande för verksamheten anser vara tjänstens kritiska faktorer. Vid intervjuerna med de ovan nämnda intressenterna har det framgått att det mest intressanta är den vårdkvalitet patienterna erhåller från mottagningen och att det är essentiellt att undersöka huruvida mottagningens arbetsätt är det mest kostnadseffektiva behandlingssättet för patientgruppen.

5.6.2 Förslag på utvärderingsinnehåll

En del av utvärderingen 2015 måste kunna presentera vilken vårdkvalitet patienterna anser sig ha fått av mottagningen. Det finns många olika vinklar på vårdkvalitet men utifrån *God vård* (Socialstyrelsen, 2008) går det att ta fram vissa mätbara parametrar som det går att få fram patienternas åsikter om. Den första parametern är kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Eftersom mottagningen ska samla kompetens kring seneffekter för denna patientgrupp kan det vara bra att få veta om mottagningens personals kunskap räcker till för att besvara de frågor patienterna har. Det bör också undersökas om patienterna har fått hjälp med de problem som vid besöken har kommit fram. Den andra parametern är säker hälso- och sjukvård som innebär att vårdskador ska förhindras. Det kan ses som att seneffekter är vårdskador varvid mottagningens arbete med informera patienterna vilka seneffekter de kan få och vilka symptom dessa kan ge gör att denna parameter uppfylls. Därför bör det framgå om patienterna har fått ta del av ny information kring sina eventuella seneffekter. Den tredje parametern handlar om hur patientfokuserad vården är och om patienternas specifika behov, förväntningar och värderingar på vården uppfylldes. Därför är det viktigt att ta reda på om patienterna fick hjälp med det som de ville ha hjälp med, och kunde på så sätt påverka och vara delaktig i skapandet av sina egna vårdplaner. Det

är också viktigt att ta reda på vilka förväntningar patienterna hade innan besöken och om de sedan uppfylldes, samt om det togs hänsyn till deras livssituation och värderingar. Detta är i enlighet med McCormack et al. (2010) definition om patientcentrerade processer. Den fjärde parametern är om patienten har fått vård i rimlig tid. Detta kan mätas genom att patienterna får svara på hur lång tid de fick vänta för att få komma på besök samt vad de tycker är en rimlig tid att få vänta.

Det finns också två parametrar inom *God vård* (Socialstyrelsen, 2008) som är svåra att mäta med hjälp av patientåsikter, effektiv hälso- och sjukvård samt jämlik hälso- och sjukvård. Effektiviteten fungerar bättre att mäta genom en ekonomisk analys medan jämlikheten kan tolkas på två olika sätt och har därmed två olika synvinklar. Den först synvinkeln är att jämföra patientgruppen mot allmänheten och se att den här gruppen idag får vård, något som är svårt att mäta. Vad som går att undersöka genom enkäter är den andra synvinkeln av jämlikhet, att patienter med olika cancerdiagnoser som barn får jämlik vård av mottagningen, genom att jämföra patientsvaren mellan de olika cancerdiagnoserna.

För att mäta mottagningens kostnadseffektivitet hade det mest optimala varit att i en utvärdering kunna presentera hur mycket finansiella medel mottagningen har sparat in för den övriga vården. Detta kommer dock ej vara möjligt eftersom tiden till utvärderingen 2015 troligtvis är för kort för att kunna generera ett statistiskt säkerställt resultat på en kostnadsminskning för vården som helhet. Det har även påpekats av mottagningens personal att kostnaden för mottagningen troligen kommer att öka på kort sikt, vilket innebär att information angående patientkostnad vid besök hos mottagningen till en början kommer visa på förhöjda kostnader. Denna vårdkostnad antas sjunka då mottagningen fått in mer rutin på sitt arbete och nått ut med information om dess existens till andra vårdinstanser. Andra resonemang angående kostnader bör istället föras. Ett bra mått kan tyckas vara hur mycket denna patientgrupp i dagsläget kostar vården och på så sätt, även på kort sikt, kunna visa att det finns incitament med att arbeta med patientgruppen för att hjälpa dem samtidigt som kostnaden kan sänkas. Det kan dock finnas en poäng med att se hur kostnaden per patient på mottagningen har förändrats under den tid som mottagningens verksamhet fortgått. Detta för att kunna visa på en eventuell positiv trend för mottagningens resursanvändning.

Det finns även intresse i att se hur många patienter som besöker mottagningen som har svåra komplikationer på grund av sin barncancer och behandlingen som följde av sjukdomen. Informationen som samlas in, till följd av att patienterna delar med sig av sina seneffekter, kan sedan användas i forsknings- och förbättringssyfte av cancerbehandlingar. Insamlingen av dessa data sker bäst vid det besök som patienten har med mottagningen och som sedan dokumenteras i kvalitetsregistret.

Genom att påvisa det behov som patientgruppen har och den hjälp mottagningen kan bidra med är det lättare att motivera behovet av mottagningens fortsatta existens. Utvärderingen om vad patienterna tycker är också något som behövs för att mottagningens personal ska kunna förbättra dess verksamhet, detta för att kunna ha ett ständigt förbättringsarbete. Informationen kan användas för att se om mottagningen funnit en bättre rutin, blivit mer effektiva eller förlorat något som andra patienter fann viktigt och tillfredsställande tidigare i mottagningens verksamhet.

5.6.3 Förslag på hur datainsamling från patienterna kan göras

Det har vid flera intervjuer framförts att den i dagsläget mest aktuella insamlingsmetod är frågeformulär, vilket även kan ses som det mest lämpliga i detta fall då det kan vara svårt att samla in åsikter från patienter på annat sätt. Att hålla intervjuer med alla patienter hade varit allt för tidskrävande.

Vid utformning av ett frågeformulär är det viktigt att hitta ett system för att hålla patienterna anonyma då det är lättare att uttrycka sig konstruktivt (Bryman & Bell, 2007). Under intervjuer med patienter

har det framkommit att enkäter bör skickas ut en eller två veckor efter besök för att inte förlora för mycket av intrycken vid besöket. Detta kan dock innebära att anonymiteten går förlorad då svaren kan inkomma i sekventiell ordning, och alltså går det att undersöka vilken patient som skickat in en viss enkät. Läggs svarsenkäterna på hög, för att minska risken att röja anonymiteten, ökar risken för att viktig information om hur mottagningen skulle kunna förbättras försenas. Då mottagningen fortfarande är i uppstartsfas är det viktigt att få fram förbättringsförslag så snabbt som möjligt då mottagningen, som mottagningens personal framfört, fortfarande är flexibel och någon standardmetod för att bedriva mottagningen inte finns. Detta kan lösas genom att samla in svar under en viss utsatt tid, exempelvis ett par månader, för att sedan gå igenom periodens svar på en och samma gång.

Tiden för utskicket av enkäter bör dock analyseras eftersom en till två veckor efter ett besök inte innebär att alla har fått den vård som rekommenderats. Detta innebär att somliga patienter kommer att få remisser till andra avdelningar inom vården, som följd av besöket hos mottagningen, och kanske inte har fått en tid vid den andra vårdinstansen då frågeformuläret skickas ut. Patientens svar kan då vara orättvisa gentemot mottagningen eftersom de exempelvis funnit väntetiden till nästa instans lång och då får en negativ inställning mot vården. Detta går att undvika genom att ha en lång tidperiod mellan besöket på mottagningen och då frågeformuläret skickas ut men då riskeras även minnesbortfall för det första besöket hos mottagningen.

Det finns även intresse att få ta del av patienter som ännu inte besökt mottagningen. Genom att skicka ut enkäter innan en patient ska besöka mottagningen kan information om vad patienten vill ha ut av ett besök och vad denne förväntar sig sammanställas. Denna information kan ses som viktig ur flera perspektiv. Den kan hjälpa mottagningen att se om de hjälper patienterna med det de vill ha hjälp med, samt om det görs på rätt sätt och på så sätt identifiera gap mellan förväntad och upplevd kvalitet som enligt Grönroos (1992) visar på kvalitetsbrister. Denna information kan påvisa om mottagningen har tillräckligt med resurser för att kunna hjälpa patientgruppen, och om de över- eller underpresterar i sitt arbete med patienterna.

I nuläget tar mottagningen emot relativt få patienter varje vecka vilket kan innebära att undersökningen av patienternas åsikter behöver göras under en längre tid för att få ihop ett tillräckligt antal som kan ligga till grund för utvärderingen av verksamheten 2015. Det är därför viktigt att mottagningens personal snarast bestämmer vilken typ av analys de vill göra, vem som ska göra den och tar kontakt med dem. Det framkom vid en intervju med Conradi att RCC Väst kan ha en möjlighet att göra patientundersökningen varvid det rekommenderas att ta kontakt med dem.

5.6.4 Förslag på hur datainsamling av vårdkostnader kan göras

I dagsläget finns det information om patientgruppens vårdkostnader genom den undersökning som Sjöli genomförde i samband med uppstarten av mottagningen 2012, vilket skulle kunna ligga till grund för informationen om hur mycket den här patientgruppen kostar om mottagningen inte skulle finnas. Om det är intressant att se hur kostnaden per patient har förändrats för mottagningens patienter går detta att mäta genom att titta på informationen i sjukhusets databaser som finns att tillgå. Exempelvis skulle Per Sjöli kunna tillfrågas för att göra denna undersökning. Det är som tidigare nämnts svårt att kunna göra en utförlig utvärdering om kostnadsförändringarna för den här patientgruppen efter att mottagningen öppnat till och med utvärderingen 2015, detta bör istället göras på längre sikt.

5.7 Hållbarhetsanalys

Att verka för en hållbar utveckling är något som har bestämts av politikerna på internationell, nationell och regional nivå och kan därför ses som något som många människor anser bör prioriteras att arbeta med. Det kan ses som att det arbete mottagningen utför är helt i riktlinje med det regeringen beskriver i sin rapport om genomförande av EU:s strategi för hållbar utveckling: "att det måste skapas samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (Regeringskansliet, 2007b).

5.7.1 Verksamhetens påverkan på hållbar utveckling

De två dimensioner av hållbarhet som påverkas av mottagningens verksamhet är främst social och ekonomisk hållbarhet och det är även dessa dimensioner som kan komma att påverkas av denna studie. I sin tur är det jämlikhet som är den relevanta aspekten av social hållbarhet för denna mottagning. Jämlikhet för denna patientgrupp innebär att patienterna ska ges samma förutsättningar att uppnå bästa möjliga hälsa utifrån sin cancerbehandling, som de som inte genomgått en sådan behandling (Starfield, 2011). I detta fall är en ökning av effektiviteten synonymt med att öka den ekonomiska hållbarheten. Lägre kostnader för att uträtta samma arbete innebär att mer pengar kan läggas på produktion av andra varor och tjänster, vilket kommer leda till högre ekonomisk tillväxt (NE, 2012b) och därmed ekonomisk hållbarhet (NE, 2012a). Ekologisk hållbarhet påverkas inte nämnvärt, då verksamheten inte förväntas ge någon förändring i miljöpåverkan, jämfört med hur vården arbetat tidigare. Först presenteras det hur det arbete mottagningen gör idag påverkar hållbar utveckling, sedan beskrivs det hur denna studie kan komma att påverka mottagningens arbete med dess hållbara utveckling.

Redan det sätt mottagningen arbetar på i dag kan hjälpa till att öka den sociala hållbarheten, i form av ökad jämlikhet för patientgruppen. Detta eftersom det utifrån Sjölis³⁰ analyser finns skäl att tro att denna patientgrupp tidigare inte erbjöds en jämlik vård eftersom de krävt relativt fler besök för att få sina vårdbehov tillfredsställda än vad som behövts för en människa utan en historia av barncancer. Därmed kan det antas att denna grupp inte tidigare haft samma chans att uppnå så bra hälsa som möjligt. Att denna grupp nu ges en bättre möjlighet att göra detta utifrån sina förutsättningar, på ett patientfokuserat sätt, är ett steg mot att göra vården mer jämlik (Starfield, 2011).

Utifrån de resultat som liknande mottagningar i bland annat Storbritannien har redovisat finns det skäl till att tro att mottagningens arbetssätt kan ge lägre vårdkostnader för patientgruppen som helhet. Detta då patienterna fått en vårdinstans som kan se hela patientens sjukdomshistoria och utefter det ge patienten en mer heltäckande vård. Enligt resonemanget om att högre effektivitet ger högre ekonomisk hållbarhet kommer detta att leda till en ökad hållbarhet ur ett ekonomiskt perspektiv.

5.7.2 Denna studies påverkan på hållbar utveckling

Den del av social hållbarhet som tas upp i denna studie, jämlikhet, är också något som tas upp i ramverket *God vård* (Socialstyrelsen, 2008). En annan del inom *God vård* är att hälso- och sjukvården ska vara effektiv och utnyttja resurserna så bra som möjligt vilket kan kopplas ihop med ekonomisk hållbarhet. Delar av de presenterade förslagen som ämnar ge ökad vårdkvalitet kommer således också att bidra till en bättre social och ekonomisk hållbarhet, detta gäller främst de förslag presenterade för att öka jämlikheten och effektiviteten.

Genom förbättringsförslagen skulle mottagningen kunna öka sin effektivitet och lägga mindre tid på icke-värdeadderande aktiviteter. De skulle därmed kunna ta emot fler patienter med samma mängd resurser som används i dagsläget. Detta ger en högre ekonomisk hållbarhet, då mer kan göras med

³⁰ Per Sjöli (Hälsoekonom, Skaraborgs sjukhus och RCC väst) telefonintervjuad av författarna den 15 mars 2013.

samma resurser som tidigare. Eftersom det i dagsläget finns en stor grupp patienter som ännu inte fått besöka mottagningen, skulle detta även innebära att fler patienter får chansen att besöka mottagningen. Att fler patienter från mottagningens patientgrupp får möjlighet att besöka mottagningen innebär att jämlikheten inom patientgruppen ökar. En ökad jämlikhet inom patientgruppen till följd av att fler människor får besöka mottagningen resulterar även i att den sociala hållbarheten ökar i samhället i stort.

Att mottagningen ger högre social hållbarhet bygger till stor del på data från liknande mottagningar, både andra patientfokuserade verksamheter i Sverige men även uppföljningsmottagningsprojektet i Storbritannien. Då de verksamheter som har undersökts liknar mottagningen i det avseende att de alla är patientfokuserade innebär att vissa liknande resultat bör kunna genereras inom den sociala hållbarheten även för denna mottagning. För att undersöka om mottagningen kan bidra till en ökad social hållbarhet för patientgruppen kan den föreslagna patientutvärderingen användas.

Den utvärdering som patienterna kommer att få göra kommer att visa på om mottagningen uppfyller det som patienter ser att de behöver hjälp med. Visar utvärderingen att så är fallet innebär det att mottagningen förbättrar patientgruppens sociala hållbarhet och det kan därför finnas anledning till att ge mottagningen fortsatt finansiering. Visar utvärderingen istället att mottagningen inte uppfyller patienternas krav och behov kommer utvärderingen istället att motverka en fortsatt finansiering av det arbetssätt som mottagningen idag bedriver. Det finns då anledning att utvärdera om det finns ett bättre sätt att hjälpa patientgruppen för att upprätthålla den sociala hållbarhet som patientgruppen bör ges.

Något som har kommit fram vid intervjuer med personalen på mottagningen är att öppnandet av mottagningen innebär en förbättrad arbetsmiljö för personalen, eftersom ett problem, som de velat åtgärda länge, nu börjar tas om hand³¹. Detta gäller inte endast den personal som idag arbetar på mottagningen utan även för personal som arbetar inom barnonkologin. Förbättringsförslagen som lagts fram i studien samt den feedback mottagningens personal skulle få om patientenkäter börjar skickas ut skulle göra att personalen får möjlighet att arbeta mer effektivt och mer enligt patienternas behov, vilket i sig ger högre social och ekonomisk hållbarhet. Detta medför också att det vid utvärderingen 2015 skulle bli enklare att motivera mottagningens fortsatta existens då den formas utefter den efterfrågan som finns från patienter samt att mottagningens effektivitet har förbättrats under projektiden. För mottagningen finnas kvar, kommer det förmodligen innebära en högre social hållbarhet.

³¹Kirsti Pekkanen, Marianne Jarfelt och Christina Malmström (specialistsjuksköterska, överläkare och kurator, alla på den nya mottagningen) intervjuad av författarna den 1 februari 2013.

6 Slutsats och diskussion

Här kopplas resultaten till de frågeställningar som skulle besvaras i denna rapport, för att sedan diskutera vad studien bidrar till och hur resultaten kan generaliseras. Ämnet som behandlats i denna rapport är intressant att lyfta, som skrivits i bakgrunden, för att patientgruppen i dagsläget inte har tillgång till jämlik vård och för att mottagningen är det första av sitt slag i Sverige. Detta kapitel innehåller *Svar på studiens frågeställningar, Studiens objektivitet, Studiens bidrag samt Studiens generaliserbarhet.*

6.1 Svar på studiens frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka hur mottagningens arbetsätt kan påverka, samt utvecklas för att förbättra, vårdkvaliteten för unga vuxna som har haft cancer som barn. Studien syftade även till att ge underlag för en utvärdering av verksamheten 2015. Genom svaren på frågeställningarna nedan kan det konstateras att studien lever upp till detta syfte.

Vilka är mottagningens intressenter, vilka kan anses vara viktigast och vad har de för behov rörande mottagningens verksamhet?

De intressenter till mottagningen som identifierades delades upp i fyra grupper: patienter, sjukhuspersonal, politiker och regionala verksamheter som arbetar med analys och utveckling. De intressenter som har visat sig vara viktigast är Sahlgrenskas ledning, inklusive område 5:s chef. På längre sikt skulle även politiker, specifikt sjuk- och hälsovårdsnämnderna samt hälso- och sjukvårdsutskottet, kunna vara viktiga. Dessa intressenter vill att mottagningen ska ge bra vårdkvalitet till den här patientgruppen samt vara ekonomiskt hållbar. Patienterna är viktiga intressenter, då det är deras vårdbehov som ska tillgodoses av mottagningen. Patientenkäterna som rekommenderas att utföras kommer tydligare att visa vad deras behov är.

Hur kommer utvärderingen 2015 gå till, utifrån vilka parametrar ska mottagningen utvärderas samt vad bör mottagningens personal ha i åtanke inför utvärderingen?

Det har framkommit att det inte är fastställt hur utvärderingen 2015 kommer att gå till. Utvärderingsförslagen har därför istället utgått från en analys av rimliga finansieringsalternativ och beslutsscenario. Utifrån dessa har kritiska intressenter kunnat identifieras. Utifrån intervjuerna med dessa har vårdkvaliteten och mottagningens påverkan på vårdkostnaderna för patientgruppen identifierats som kritiska faktorer. Vårdkvaliteten kan i huvudsak utvärderas via patientenkäter då det endast är konsumenten som kan bedöma en tjänsts kvalitet. En enkät bör skickas ut en till två veckor efter besöket. Dessa patientenkäter bör börja samlas in så snart som möjligt för att få ihop ett tillräckligt stort antal enkäter att grunda utvärdering på. Enkäterna är också bra för att mottagningen ska kunna få feedback på sitt arbete för att kunna fortsätta utveckla och förbättra verksamheten. Den ekonomiska aspekten kan inte utvärderas till 2015 utan bör följas upp på längre sikt. Detta kan göras genom analys av data från databaser som registrerar individuella patientkostnader.

Hur ser verksamheten ut på mottagningen i dagsläget och vilka problem finns?

För att besvara frågeställningen om hur mottagningens verksamhet ser ut i dagsläget har en kartläggning gjorts där läkarens, specialistsjuksköterskans och kuratorns arbete har observerats och kartlagts, vilket beskrivs i kapitel 4.1 *Kartläggning av arbetet på mottagningen*. I dagsläget stöter mottagningens personal på en del problem, delvis på grund av att mottagningen är relativt nystartad. Det kan efter observation på mottagningen konstateras att läkaren är flaskhals i verksamheten och det är alltså dennas arbete som styr hur många patienter som kan behandlas. Därutöver har mottagningen en alltför hög flexibilitet, där arbetet anpassas för mycket efter enskilda patienter. Detta resulterar i spill och variationer, vilka tillsammans ger en lägre effektivitet, och därmed vårdkvalitet, utan att

flexibiliteten genererar något direkt värde för patient. Majoriteten av mottagningens arbete är att ge patienterna ett första besök och det är också där större delen av problemen finns. Sist gör avsaknaden av patientutvärdering det svårt att utveckla verksamheten.

Hur påverkar mottagningens arbetssätt vårdkvaliteten för patientgruppen och hur kan mottagningens arbetssätt utvecklas för att ytterligare förbättra denna?

Mottagningens verksamhet i sig innebär ett riskförebyggande arbete, då seneffekter kan upptäckas i ett tidigt stadium och åtgärder kan sättas in. Detta bidrar till en säkrare hälso- och sjukvård. Genom mottagningens specifika kompetens och tillgång till individuella sammanfattningar av patienters sjukdoms- och behandlingshistorik kan mottagningen erbjuda uppföljning och en vårdplan som i hög grad är individualiserad. Detta innebär att patienter har bättre förutsättningar att hamna rätt inom vårdapparaten direkt och slipper uppsöka vård upprepade gånger. Detta möjliggör en kostnadsänkning för vården av patientgruppen och förbättrar vårdkvaliteten genom en effektivare hälso- och sjukvård och i rimlig tid. Mottagningens arbetssätt där patienten kan specificera sitt eget vårdbehov och anpassa besöket efter detta leder till en bättre vårdkvalitet genom en ökad patientfokuserad hälso- och sjukvård.

För att öka effektiviteten på mottagningen på kort sikt bör mottagningens personal tänka på att minska flexibiliteten gällande hur pass mycket de anpassar verksamheten efter enskild patient. Som en följd av detta är det främst patientens första besök på mottagningen som bör struktureras, där fasta tider är en viktig del. Vidare är en viktig del i effektiviseringen av verksamheten att avlasta läkarens arbete, samt att se till att patienterna gör en utvärdering av besöken. Via dessa förändringar skulle effektiviteten och jämlikheten ökas vilket i sin tur bidrar till ökad vårdkvalitet.

Att kalla patienterna till mottagningen vid deras övergång från barn- till vuxenvård gör att de tidigt kan få tillgång till information och möjlighet till hjälp. Detta skulle leda till ytterligare förbättringar av patienternas förutsättningar att direkt hamna rätt inom vårdapparaten och i förlängningen sänkta vårdkostnader och en bättre vårdkvalitet genom en effektivare hälso- och sjukvård och i rimlig tid. Vid övergångsmötet bör även en segmentering ske, för att ge patienterna en säker uppföljning grundad på deras risk att utveckla seneffekter. Detta skulle förbättra vårdkvaliteten genom en säkrare och mer patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Ett annat sätt att utveckla mottagningen är att ta in ytterligare kompetenser. Utöver dagens kompetenser föreslås att ett multidisciplinärt team kopplas till mottagningen. Genom att förbättra förutsättningarna för god besluts kvalitet kan vårdkvaliteten förbättras, detta genom en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. De kompetenser som krävs för att täcka in patienternas samlade behov, men inte anses vara nödvändiga att knyta direkt till mottagningen, kan vara bra att inkludera i ett kontaktnätverk. Detta skulle standardisera informationsflödet, vilket leder till bättre vårdkvalitet genom en effektivare hälso- och sjukvård. Genom att sprida information om patienternas sjukdomshistoria och behandling till samtliga parter i en eventuell vårdinsats kan samarbetet mellan vårdgivare och mellan olika specialiteter främjas. På så sätt ökas vårdkvaliteten i form av säker hälso- och sjukvård och splittringen i sjukvårdens organisation minskas.

Ett sista sätt att utveckla mottagningen är att ge patientutbildning. Detta skulle öka patientens förmåga att kunna fatta informerade beslut själv, vilket underbygger patientens möjlighet till delaktighet och medskapande i sin egen vård. Detta innebär en bättre vårdkvalitet genom en mer patientfokuserad hälso- och sjukvård.

6.2 Studiens objektivitet

En stor del av den bakgrundsinformation som har legat till grund för denna studie har tillhandahållits av mottagningens personal, det finns därför risk för att denna information inte är helt objektiv. Därutöver har författarna inte samlat in information från någon som förespråkar det traditionella sättet att behandla patientgruppen. Därför har författarnas bild av problemet enbart målats upp av information tillhandahållen av personer som är för den typ av verksamhet mottagningen bedriver. På så vis kan objektiviteten ha påverkats negativt under denna studie. Detta är dock något som författarna varit medvetna om vid studiens genomförande och skapandet av denna rapport, varför det har jobbat med att hålla resonemanget objektivt.

6.3 Studiens bidrag

De resultat som framkommit i studien bidrar till att förbättra verksamheten på mottagningen på kort och lång sikt. Mottagningen har startats utifrån de behov som observerats i praktiken, och studien bidrar till att koppla ihop detta med teorier kring hur vården bör se ut. De teorier som tagits upp behandlar patientcentrerad vård och medskapande i vården samt verksamhetsutveckling, för att jämföra hur dessa stämmer överens med hur verksamheten ser ut idag och kunna utveckla tjänsten utifrån dessa teorier. På så sätt kan den förändrade synen på sjukvård och patienter med ett allt större fokus på patientens samlade behov och krav på högre grad av involvering av patienter vid vårdbeslut och vårdskapande. Studien visar också vilka resultat detta kan ha på vårdkvalitet för patienterna och kostnaderna för sjukvården som helhet. Genom att utveckla denna specifika tjänst bidrar studien till en mer effektiv vård på mottagningen samt att förbättra cancervården i sin helhet, vilket innebär ett steg i rätt riktning enligt *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU, 2009). Det finns med denna utveckling också potential för en mer kostnadseffektiv vård.

Vidare bidrar studien till att verksamheten ska ha möjlighet att försvara sitt arbete och sin vårdverksamhet, utifrån teori och intressenters önskemål om mottagningens verksamhet. Det bör noteras att det intressenterna ansett och tyckt kan ha förändrats sedan de intervjuades, dock bör majoriteten av informationen som framkommit fortfarande vara aktuell. Studien ger därför bättre förutsättningar för en välgrundad utvärdering 2015 vilket ger bättre underlag för beslut kring vilken vård patientgruppen ska erhålla. Därmed kan chanserna ökas för att rätt beslut kan tas så att patientgruppen får erhålla den vård som passar dem bäst. Om det visar sig att mottagningens verksamhet är bättre för denna patientgrupp än den klassiska primärvården kommer det leda till en ökad jämlikhet för patientgruppen. Om det däremot under utvärderingen 2015 visar sig att mottagningen inte är ett bättre alternativ till primärvården kommer denna studie inte kunna tillföra lika mycket värde. Dock skulle studien ändå givit underlag för att ett sådant beslut skulle vara välgrundat och mottagningen skulle inte läggas ner av fel anledning eller få fortsätta verksamheten på fel grunder.

Då mottagningens verksamhet hela tiden förändras och utvecklas kan det diskuteras huruvida studiens resultat kommer vara relevanta, då förutsättningarna inte behöver vara desamma vid färdigställandet av rapporten som vid insamlandet av data. Dock bör så stor del av förhållandena vara lika att studien fortfarande tillför värde för mottagningens utveckling.

6.4 Studiens generaliserbarhet

Mottagningen är unik och den första av sitt slag i Sverige vilket innebär att endast begränsad generalisering av resultaten kan göras. Den insamlade empirin är till största delen mycket specifik för denna mottagning, undantaget sekundärdata, vilket innebär en begränsning i generaliserbarheten. Dock är teorin på en generell nivå, en del allmänt för tjänster och en del allmänt för vården. Därutöver är den sekundärdata som insamlats inte lika specifik för denna mottagning. Detta innebär att en del av de övergripande lärdomar som dragits i denna studie borde kunna vara applicerbara på verksamheter som jobbar på ett liknande sätt. Främst gäller detta de mottagningar, som kan komma att behandla en liknande patientgrupp i andra delar av landet, som redan är på planeringsstadiet. Om dessa mottagningar väljer att använda ett arbetssätt som liknar det beskrivna i denna rapport, skulle likheterna vara många och det är rimligt att tro att en del av de förslag som presenterats skulle vara applicerbara på sådana mottagningar. Utöver andra mottagningar för patienter som haft cancer som barn, kan det möjligen finnas en viss generaliserbarhet för andra mottagningar som jobbar med ett uttalat patientfokus. På samma sätt som denna studie har tagit lärdomar av tidigare sådana, kan den analys som gjorts i denna studie vara till hjälp för kommande patientfokuserade mottagningar. Detta då stor del av analysen som gjorts i denna studie, främst kring en framtida utformning av tjänsten, bygger på de generella teorierna om *co-creation* och *patient i fokus*.

Huruvida analysen och slutsatser kring underlag och tillvägagångssätt för utvärderingen 2015 kan användas inom andra verksamheter är högst tveksamt. Dessa bygger till stor del på insamlad data från intervjuer av intressenter till mottagningen. Dessa intressenter är mer eller mindre lokala, exempelvis anställda vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Det finns således inget belegg för att åsikterna ser likadana ut för intressenterna i andra geografiska områden och lärdomarna blir svåra att generalisera. Dock grundar sig analysen av hur vårdkvalitet ska mätas på kriterierna i ramverket *God vård*, varför denna analys skulle kunna vara till användning för en vårdinstans som önskar mäta vårdkvalitet på liknande sätt.

7 Rekommendationer

Här sammanfattas de rekommendationer som har framkommit i kapitel 5. *Analys och förslag*.

Förbättringsförslag för verksamheten på kort sikt

De rekommendationer som kan ges, utifrån de förbättringsförslag på kort sikt som framtagits i 5.4 *Förbättringsförslag för mottagningens verksamhet – på kort sikt*, kan sammanfattas som följer:

- Införskaffa fasta start- och sluttider för patienters första besök. Hämta inte patienter förrän utsatt starttid. Lägg in 30 minuters diskussion om patienterna mellan patientbesök eller på annan återkommande dedikerad tid.
- Lägg över utvärderingen av *screeningen*, samt möjligtvis även ifyllandet av denna, från kuratorn till specialjuksköterskan.
- Låt patienterna utvärdera sina besök för att kunna förbättra verksamheten och för att få underlag inför utvärderingen 2015.
- Öka rutinerna i det administrativa arbetet. Ha en specifik ordning för de uppgifter som ska utföras i det förberedande arbetet för att kalla patient. Gör det klart vilken målgrupp mottagningen har.

Förbättringsförslag på lång sikt

Rekommendationerna nedan sammanfattar de förslag som togs fram i analysen av en framtida tjänstedesign. Dessa rekommendationer är sådana som bör beaktas på längre sikt.

- Inför ett första möte med patienterna redan vid övergången från barn- till vuxenvården.
- Segmentera patienterna efter risk att de drabbas av seneffekter samt deras psykosociala behov.
- Knyt ett multidisciplinärt vårdteam, med kompetenser inom de områden seneffekter uppstår, fysiskt till mottagningen på deltid. Övriga kompetenser som krävs för att erbjuda patienterna ett samlat vårdutbud bör knytas till mottagningen via ett kontaktnätverk.
- Sprid information om patienternas sjukdomshistoria och behandling till samtliga inblandade parter i en eventuell vårdinsats.
- Utbilda patienterna i deras egen sjukdomshistoria och erbjud grupputbildningar i exempelvis kosthållning och fysisk aktivitet.

Rekommendationer rörande utvärderingen av verksamheten år 2015

Inför utvärderingen 2015 finns det vissa uppgifter som, med utgångspunkt i utvärderingsanalysen, bör uträttas. Dessa presenteras nedan:

- Vårdkvalitet bör utvärderas via patientenkäter, en till två veckor efter besöket. Enkäter bör börjas samlas in så snart som möjligt.
- Den ekonomiska aspekten av mottagningens verksamhet bör analyseras på längre sikt än till 2015 och bör göras via analys av data från databaser som registrerar individuella patientkostnader.
- Använd resultaten från patientenkäterna för att kunna fortsätta utveckla och förbättra verksamheten.

8 Referenslista

- Andersson Åkerblom, T. (2013) *Cancersjuka barn ska fångas upp som vuxna*. Metro Göteborg, 23 januari.
- Anupindi, R., Chopra, S., Deshmukh, S., D., Van Mieghem, J., A., och Zemel, E. (2006), *Managing Business Process Flow – Principles of Operations Management*, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Badcott, D. (2005) The expert patient: valid recognition or false hope? *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 8, nr 2, ss. 173-178.
- Balik, B., Conway, L. och Watson, J. (2011) *Achieving Exemplary Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement.
- Barncancerfonden (2007) *Barncancersjukdomar*.
<http://www.barncancerfonden.se/Fakta/Barncancersjukdomar/> (2013-02-08).
- Bhalla (2011) *Collaboration and Co-creation: New Platforms for Marketing and Innovation*. New York: Springer Science + Business Media LLC.
- Blumberg, B., Cooper, D.R. och Schindler, P.S. (2011) *Business Research Methods*. Tredje europeiska upplagan. Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education.
- Braveman, P. och Gruskin, S. (2003) Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, nr 4, ss. 254-258.
- Bryman, A. och Bell, E. (2007) *Business research methods*. Andra upplagan. Oxford: Oxford University Press.
- Buzzell, R.D. och Gale, B.T. (1987) *The PIMS Principle: Linking Strategy to Performance*. New York: The Free Press.
- Cancerfonden (2012a) *Bröstcancer*.
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/> (2013-03-28).
- Cancerfonden (2012b) *Vanliga frågor om cancer*. <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Fragor-och-svar/Vanliga-fragor-om-cancer/> (2013-05-06).
- Chakravarty, C. (2011) Evaluation of Service Quality of Hospital Outpatient Department Services. *MJAFI*, vol. 67, nr 3, ss. 221-224.
- Claver, E., Tari, J.J. och Molina, J. F. (2003) Critical Factors and Results of Quality Management. *Total Quality Management*, vol. 14, nr 1, ss. 91-118.
- Cliff, B. (2012) The Evolution of Patient-Centered Care. *Journal of Health Care Management*, vol. 57, nr 2, ss. 86-88.
- Deng, G. och Cassileth B.R. (2005) Integrative Oncology: Complementary Therapies for Pain, Anxiety, and Mood Disturbance. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 55, nr 2, ss. 109-116.
- DiCicco-Bloom, B. och Crabtree, B. F. (2006) The Qualitative Research Interview. *Medical Education*, nr. 40, ss. 314-321
- Engström, J. (2012) *Co-creation in Healthcare Service Development – A Diary-based approach*. Linköping: Linköping studies in Science and Technology.

- Elg, M. et al., (2012) Co-creation and learning in Healthcare Service Development. *Journal of Service Management*, vol. 23, nr 3, ss. 328-343.
- Forsberg, C. och Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gill, L., White, L. och Cameron, D.I. (2011) Service co-creation in community-based aged healthcare. *Managing Service Quality*, vol. 21, nr 2, ss. 152-177.
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation. *Health Care Manage Review*, vol. 26, nr 1, ss. 56-69.
- Grönroos, C. (1982) *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Svenska Handelshögskolan.
- Grönroos, C. (1983) *Strategic management and marketing in the service sector*. Cambridge: Marketing Science Institute.
- Grönroos, C. (1990) *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Massachusetts: Lexington Books.
- Grönroos, C. (1992) *Ledning, Strategi och Marknadsföring i Servicekonkurrens*. Göteborg: Institutet för säljträning och ledarutveckling.
- Fillingham, D. (2007), Can Lean save lives?, *Leadership in Health Services*, Vol. 20, No. 4, ss. 231-241.
- Ind, N. och Coates, N. (2013) The meanings of co-creation. *European Business Review*, vol. 24, nr 1, ss. 86-95.
- Institute for Healthcare Improvement (2011) *Patient-Centered Care on Medical/Surgical Units*. IHI Knowledge Centre.
- Institute of Medicine (2003) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* Washington: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2001) *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington: National Academies Press.
- Källberg, N., Bengtsson, H. och Rognes, J. (2011) Tid eller Pengar. *LHC Report*, nr 1.
- Land, L.P.W. et al. red. (2008) *Explaining Sustainability in Healthcare - a Preliminary Study of an aged Care Organisation in Australia*. Pacific Asia Conference on Information Systems: Conference Proceedings. 4-7 juli, 2008, Suzhou.
- Lawrence, P.R. och Lorsch, J.W (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston: Harvard University.
- Lengnick-Hall, C.A. (1995) The Patient as the Pivot Point for Quality in Health Care Delivery. *Hospital & health services administration*, vol. 40, nr 1, ss. 25-39.
- Little, P. et al. (2001) Preferences of Patients for Patient-centered Approach to Consultation in Primary Care: Observational Study. *British Medical Journal*, vol. 34, nr 322, ss. 60-66.
- Lövtrup, M. och Borgström, A. (2012) Helhetsgrepp för Bästa Livskvalitet. *Läkartidningen*, vol. 109, nr 13, ss. 674-682.

- Manos, A., Sattler, M. och Alukal, G. (2006), Make healthcare lean, *Quality Progress*, vol. 39, nr. 7, ss. 24.
- Mays, N. och Pope, C. (1995) Qualitative research - Observational methods in health care setting. *British Medical Journal*, vol. 311, nr 6998, ss. 182-184.
- McCormack, B. et al. (2010) Exploring Person-centeredness: A Qualitative Meta-synthesis of Four Studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 24, nr 3, ss 620-634.
- McColl-Kennedy, J. R. (2012) Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*, vol. 15, nr 4, ss. 370-389.
- McKenzie, S. (2004) *No 27: Social sustainability: Towards some definitions*. Magill: Hawke Research Institute, University of South Australia.
- Miles, M.B. och Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Modig, N. och Åhlström, P. (2011) *Vad är lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet*. Stockholm: Stockholm School of Economics, Institute for Research.
- Nationalencyklopedin (2012a) *Hållbar utveckling*. <http://www.ne.se/lang/hållbar-utveckling> (2013-02-09).
- Nationalencyklopedin (2012b) *Ekonomisk tillväxt*. <http://www.ne.se/lang/tillv%C3%A4xt/327802> (2013-02-09).
- Neuman, L. (2002) *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Pearson.
- National Health Service Improvement (2010a) *Building the Evidence: Developing the Winning Principles for Children and Young People*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Improvement (2011) *Designing and Implementing Pathways to Benefit Patient Aftercare: Continuing to Build the Evidence*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Improvement (2012) *Stratified Pathways of Care... From Concept to Innovation: Executive Summary*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Institute for Innovation and Improvement (2010b) *The Productive Ward: Releasing time to care, Learning and Impact Review*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Modernisation Agency (2004) *10 High Impact Changes for service improvement and Delivery: a guide for NHS leaders*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Modernisation Agency (2005a) *Improvement Leaders' Guide –Matching capacity and demand- Process and systems thinking*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Modernisation Agency (2005b) *Improvement Leaders' Guide –Improving flow- Process and systems thinking*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Modernisation Agency (2005c) *Improvement Leaders' Guide –Evaluating improvement- General improvement skills*. London: Department of Health Publications
- National Health Service Modernisation Agency (2005d) *Improvement Leaders' Guide –Involving patients and carers- General improvement skills*. London: Department of Health Publications

- Nutek (2007) Effektivare Vård med Patienten i Fokus. *Nya Fakta & Statistik*, nr 6.
- Nordgren, L. (2008) Utveckling av Tjänsteproduktivitet Inom Hälso- och Sjukvård. *Socialmedicinsk Tidskrift*, vol. 85, nr 4, ss. 340-353.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar: Med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R. och Davidson, B. (2003) *Forskningsmetodikens grunder*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur AB.
- Regeringskansliet (2007a) *Genomförandet av EU:s strategi för hållbar utveckling*
<http://regeringen.se/sb/d/497/a/85353> (7 april 2013).
- Regeringskansliet (2007b) *Genomförandet av EU:s strategi för hållbar utveckling – Sveriges rapport till Europeiska kommissionen, juni 2007*. Stockholm: Miljödepartementet.
- Regionalt Cancercentrum Väst (2012) *Ny mottagning har startat för unga vuxna som haft cancer som barn*. <http://www.cancercentrum.se/sv/vast/Aktuellt1/nyheter/Ny-mottagning-har-startat-for-unga-vuxna-som-haft-cancer-som-barn/> (2013-02-08)
- Riksrevisionen (2013) *Mer Patientperspektiv i Vården- Är Nationella Riktlinjer En Metod?* Stockholm: Riksdagens Internttryckeri.
- Robinson, J. et al. (2008) *Patient-centered Care and Adherence: Definitions and Applications to Improve Outcomes*. Provo: College of Nursing, Brigham Young University.
- Robinson, J. (2005) Managed Consumerism in Health Care. *Health Affairs*, vol. 24, nr 6, ss. 1478-1489.
- Schvaneveldt, S.J., Enkawa, T. och Miyakawa, M. (1991) Consumer Evaluation Perspectives of Service Quality: Evaluation Factors and Two-Way Model of Quality. *Total Quality Management*, vol. 2, nr 2, ss. 149-162.
- Sillow-Carroll, S., Alteras, T. och Stepnick, L. (2006) *Patient-Centred Care for Underserved Populations: Definition and Best practice*. Washington: Economic and Social Research Institute.
- Slack, N., Chambers, S. och Johnston, R. (2010). *Operations Management*. Upplaga sex. New York: Financial Times Prentice Hall.
- Socialstyrelsen (2008) *God vård- Om Ledningssystem för Kvalitet och Patientsäkerhet i Hälso- och Sjukvården*. Första upplagan. Västerås: Edita Västra Aros AB.
- Speck, R. et al. (2009) An Update of Controlled Physical Activity Trials in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, vol. 4, nr 2, ss. 87-100.
- Stewart, M. et al. (2000) The Impact of Patient-centred Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*, vol. 49, nr 49, ss. 796-804.
- Starfield, B. (2011) The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, vol. 10, nr 1, ss. 15.
- Statens Offentliga Utredningar (2009) *En Nationell Cancerstrategi för Framtiden*. Stockholm: Edita Sverige AB.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012) *Vad är Nationella Kvalitetsregister?*
http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister (2013-04-02).

Vargo, S.L. och Lusch, R.F. (2004) Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, vol. 68, nr 1, ss. 1-17.

Världskommissionen (1987) *Our common future*. Oxford: Oxford University Press.

Västra Götalandsregionen (2005) *Västra Götaland – Det Goda Livet*. Vänersborg: Cela Grafiska AB.

Whitehead, M. (2000) *The concepts and principles of equity and health*. Shropshire: Oxford Journal.

Zweifel, P., Breyer, F. och Kifmann, M. (1997) *Health Economics*. New York: Springer Science + Business Media LLC.

Åhlström, P. (2010) *Verksamhetsutveckling i världsklass*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1: Intervjumallar

Intressentintervjuer

Intervjumallen har sett olika ut beroende på vilken intressent som har intervjuats, en standardmall finns därför inte att tillgå. De områden och frågor som presenteras nedan kan istället ses som en utgångspunkt för intervjuerna.

- Kan ni berätta lite om ert arbete?

Utvärdering

- Vet du hur utvärdering 2015 kommer att gå till? Vilka som är med och bestämmer?
- Hur har tidigare utvärderingar gått till?
- Vid tidigare utvärdering, vad var viktigt för er då?
- Kan ni vara till hjälp vid en utvärdering?
- Efter en projekttid på tre år, finns det tillräckligt med data?
- Hur lång tid tar det att göra utvärdering?

Fortsatt finansiering

- Vid en diskussion om fortsatt finansiering, finns det en möjlighet att få in den här verksamheten i er budget?
- Anser ni att den här frågan om finansiering ska ske genom att nämnderna beställer den här typen av vård, att Sahlgrenska äskar till verksamheten eller att en prioritering görs i befintlig budget?

Lokaler

- Är ni med och beslutar om mottagningen ska få hyra lokalerna?
- Ser ni att mottagningen passar bra in i de lokaler de hyr idag?

Mottagningens fokus

- Vad ser ni är mottagningens viktigaste fokusområden?
- Vilket behov täcker mottagningen som inte uppfyllts tidigare? Vilka har uppmärksammat att det har funnits ett problem?

Mottagningens utveckling

- Ser ni något problem som bör lyftas fram? Någon typ av specialist som bör vara knuten till en sådan här mottagning?
- Tycker ni att mottagningen fungerar bra som den gör idag eller vill ni förändra något?
- Hur är er tanke med mottagningen angående en expansion? Är mottagningen ett försök som ska skalas upp eller är det på den här nivån det ska fungera i framtiden?

Samhällets bild av vården

- Tycker ni att man får en annan bild av vården med den här typen av verksamhet? Är det något som ni tycker är viktigt?

Fler intressenter

- Vem tycker du är intressent till mottagningen? Vem ska vi prata vidare med?

Intervju med läkaren på mottagningen

- Vad har du för uppgifter under ett patientbesök? Innan? Efter?
- Hur upplever du att arbetsbelastningen idag förhåller sig till din deltidstjänst på 25 % på mottagningen?
- Vad gör du för arbete gällande mottagningen utanför mottagningstid?
- Behöver du tid mellan patienterna eller kan du gå igenom dessa när dagen är slut?
- Hur tycker du tidsbokningen för besök bör läggas upp? Fasta tider? Start och slut?
- Vad har specialsjuksköterskan för roll under ett patientbesök?
 - Vad kan specialsjuksköterskan tillföra när denna ansluter till ditt besök?
 - Om specialsjuksköterskan ska ansluta till ditt besök, när bör detta göras och hur länge ska det vara?
 - Kan specialsjuksköterskan avlasta ditt arbete, ex. ta emot vissa patienter själv?
 - Behöver alla nya patienter besöka dig på sitt första besök?
- Hur går det till när du remitterar patienter. Hur vanligt är det?
 - Vad händer efter att patienten remitterats? Uppföljning?
- Vad händer om patienten var nöjd med sitt första besök?
- Vad gör du om det inte är fullbokat med patienter under en mottagningseftermiddag?
- Hur många patienter kan du effektivt ta emot under en vecka med din nuvarande deltidstjänst?
- Till hur stor hjälp tycker du *screeningen* är i dagsläget?
 - När bör denna utföras?
 - Kan specialsjuksköterskan ta hand om *screeningen*?
- Behöver kuratorn vara närvarande under patientens första besök?
- Vad har du för tankar kring att involvera fler specialister i mottagningen?
- Vilka är de som saknar sammanfattning i pappersformat? Har de hört av sig själva?
- Hur är du inblandad i sammanfattningarna?

Patientintervjuer

Öppningsfrågor:

- Presentera dig själv, ålder, sysselsättning m.m.
- Hur fick du reda på om mottagningen?
- Vad var ditt första intryck av mottagningen? Reagerade du på något särskilt?
- Vilken information om besöket hade du innan det ägde rum? Visste du vad som skulle hända?
- Hade du önskat ytterligare information innan mötet?

Frågor:

- Vad hade du för förväntningar inför mötet på mottagningen? Tidsmässigt?
- Hur upplevde du övergången från barnvård till vuxenvård? Var det nåt som saknades?
- Vad fick du ut av besöket på mottagningen?
- Vad önskar du mottagningen kunde erbjuda?
- Känner du att ni har möjlighet att själva påverka er hälsa och livssituation? Hur?
- Vad skulle du behöva ytterligare för att kunna känna att ni har kontroll och kan påverka?

- Skatta din involvering i vårdskapet.
- Vilken grad av involvering önskar du?
- Hur skulle detta kunna uppnås?

Avslutande frågor:

- Hur ställer du dig till att ge feedback om ditt besök efteråt?
- Hur skulle du föredra att en sådan feedback gick till? När och hur?
- Har någonting ytterligare som du vill ta upp som du inte fått möjlighet till?