

CHALMERS



Nära vård ur ett patientperspektiv

Proximity-based Healthcare From A Patient Perspective

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

EMELIE LYGNER
GABRIELLA MÜNTZING
MARIAM DAEBES
MY BERGLUND
PETTER WIKSTRÖM
VIDA EIVAZI

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation
Avdelningen för Service Management and Logistics
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2018
Kandidatarbete TEKX04-18-16

Förord

Denna kandidatuppsats är slutexaminationen för en kandidatexamen inom Industriell Ekonomi. Uppsatsen är skriven på avdelningen för *Service Management and Logistics* på institutionen för Teknikens ekonomi och organisation vid Chalmers tekniska högskola. Studien har skett under handledning av Erik Eriksson och Patrik Alexandersson på avdelningen *Service Management and Logistics* och *Centre for Healthcare Improvement*. Vi vill rikta ett stort tack till dem för deras ständiga stöd och vägledning samt all hjälp med kontakter, tillvägagångssätt och rapportutformning.

Vi vill även tacka Henrik Almgren, Lotta Sellén och Nina Mathiasson från Göteborgssjukvården, Sylvia Määttä från *Omställningen* samt Margareta Karlqvist och Jeanette Andersson från Skaraborgsmodellen för att ni ville ställa upp på intervjuer samt er vilja att svara på frågor och bidra. Ni har alla varit till stor hjälp för förståelsen av omställningen till nära vård.

Tack till de pensionärsföreningar, träffpunkter och anhörigcentrum som välkomnade oss och hjälpte oss att komma i kontakt med personer att intervjua.

Vi vill även rikta ett särskilt stort tack till alla patienter och anhöriga som bidragit med sin tid och erfarenheter. Detta kandidatarbete hade inte varit möjligt utan er!

Emelie Lygner
Gabriella Müntzing
Mariam Daebes
My Berglund
Petter Wikström
Vida Eivazi

Chalmers tekniska högskola
Göteborg, Sverige
Maj 2018

Sammanfattning

Den svenska hälso- och sjukvården har idag problem med långa vårdköer, överbelastade akutmottagningar och resurstunga sjukhus. Sverige står även inför en demografisk förändring, en åldrande befolkning, vilket kommer resultera i en större andel multisjuka äldre. De multisjuka äldre är en patientgrupp som använder en stor del av resurserna inom svensk sjukvård. Patientgruppen behandlas dessutom ofta på sjukhus. 2016 publicerades en statlig utredning, *Effektiv vård*, om svensk hälso- och sjukvård. I utredningen konstaterades det att framtidens hälso- och sjukvård bör sträva efter att skapa en nära och patientcentrerad vård. Utredningen låg till grund för *Omställningen*, ett regionalt initiativ för att stärka hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen och kunna möta morgondagens demografiska utmaningar.

Studiens syfte var att utforska hur patientcentrerad Västra Götalandsregionens omställning till nära vård är samt hur väl den nära vården kommer att tillgodose det upplevda vårdbehovet hos multisjuka patienter 65 år eller äldre.

Studiens metod var kvalitativ och nyttjade en abduktiv ansats. Den huvudsakliga datainsamlingsmetoden var semistrukturerade intervjuer. Intervjupersonerna utgjordes av patienter och anhöriga till patienter samt representanter från Västra Götalandsregionen. Patientintervjuerna kodades och analyserade utifrån det teoretiska ramverket för att kunna utröna vårdbehovet hos multisjuka äldre. Intervjuerna med representanter från Västra Götalandsregionen användes för att få en djupare förståelse för omställningen till nära vård och kringliggande projekt.

Det teoretiska ramverket utgjordes av teorier om patientcentrerad vård och vårdbehov. Patientcentrerad vård var något Västra Götalandsregionen upprepade gånger beskrev som fokus för *Omställningen* och därmed ansågs det viktigt att förstå dess innebörd och definition.

I studiens analys utvärderades först hur *Omställningen* förhöll sig till patientcentrerad vård. Därefter identifierades ett antal patientbehov som ställdes i förhållande till Västra Götalandsregionens omställning till nära vård.

Utifrån analysen fastställdes det att Västra Götalandsregionens omställning till nära vård inte är helt patientcentrerad. Dock anser författarna att befintliga lösningar och idéer är i linje med patientcentrerad vård, men behöver konkretiseras och utvecklas. Omställningen till nära vård har även goda förutsättningar för att tillfredsställa majoriteten av multisjuka äldres behov. Likväl bör det poängteras att *Omställningen* inte tillgodoser alla behov och flera aspekter behöver konkretiseras samt vidareutvecklas för att säkerställa att behoven tillgodoses.

Abstract

The Swedish healthcare system struggles with long waiting lists, emergency departments running below capacity and costly hospitals. Sweden is also facing a shift in demographics – the population is aging. As a result, the population will see an increase of multimorbid and elderly patients. This patient group uses a large amount of the Swedish healthcare resources and receives a lot of expensive in-hospital care. In 2016, *Effektiv vård*, an evaluation commissioned by the Swedish government of the healthcare system, was published. It found that the Swedish healthcare system should become proximity-based and more patient-centered. *Effektiv vård* prompted one Swedish region, the Region Västra Götaland, to initiate a project called *Omställningen* ('the shift'). *Omställningen* aims to change the local healthcare system according to the recommendations, in order to address current problems and prepare for the demographic challenge of tomorrow.

The aim of this study was to explore how patient-centered the Region Västra Götaland's plan for proximity-based care is and how well it will cater to the healthcare needs of multimorbid patients, 65 years or older.

The study was qualitative with an abductive research approach. The primary method of data collection was semi-structured interviews. Interviews were conducted with both patients, relatives and representatives from the Region Västra Götaland. The patient interviews were coded and analyzed against the theoretical framework in order to define the healthcare needs of the multimorbid elderly. The interviews with the representatives from the Region Västra Götaland were used in order to get a deeper understanding of the plan for proximity-based care and related projects.

The focus of the theoretical framework was patient-centered care and the concept of healthcare needs. Patient-centered care was, according to Region Västra Götaland, one of their main focuses for *Omställningen* and therefore it was deemed to be important for the study in order to understand its meaning and definition.

In the study's analysis the degree to which *Omställningen* has adopted patient-centered care was evaluated. The identified healthcare needs were then compared with the Region Västra Götaland's plan for proximity-based care.

Based on the analysis it was concluded that the Region Västra Götaland's plan towards proximity-based healthcare is not completely patient-centered at the time being. Despite this, the study found that the majority of the proposed solutions and ideas of *Omställningen* are in line with patient-centered care. *Omställningen* stands a good chance of satisfying the majority of the multimorbid elderly patients' healthcare needs, although it should be noted that the plan should be further developed and concretized in order to make sure that the healthcare needs are satisfied.

Termer och begrepp

Akutsjukvård

Den vård en patient får vid akut skada eller sjukdom.

Dagkirurgi

Kirurgi då en patient skrivs ut samma dag som det kirurgiska ingreppet har utförts.

Egenvård

Den vård en patient kan utföra själv i hemmet.

Nära vården

En av delarna i Västra Götalandsregionens omställning av hälso- och sjukvården. Syftar till att den vård som en patient behöver ofta ska vara lättillgänglig och nära.

Omställningen

Västra Götalandsregionens strategi för att ställa om vården så att en effektiv, sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård kan uppnås. Består av fyra delar: digitalisering, nära vården, kvalitetsdriven verksamhetsutveckling och koncentrerad av vården.

Primärvård

Den del av den öppna hälso- och sjukvården där en patient oavsett sjukdom, ålder och patientgrupp kan söka vård. Den beskrivs vara den första instansen och är hit patienter bör vända sig först.

Sluten vård

Den vård en patient får vid övernattnings vid en vårdinstans - oftast på ett sjukhus.

Specialistsjukhus

Sjukhus där planerad vård med specialistkirurgi och dagkirurgi inom vuxen-och barnsjukvård förekommer.

Vårdbehov

De krav en patient förväntas få uppfylla av sjukvården för att få en bra vårdupplevelse.

Vårdnivå

Inom sjukvården finns det olika vårdinstanser som tillgodoser olika behov. Olika vårdnivåer kräver olika mängd resurser där den högsta nivå är mest specialiserad och är därmed mest resurskrävande. Exempel på vårdnivå är primärvård respektive sjukhusvård.

Vårdtagande

Patients deltagande i vårdprocessen. Benämns som aktivt eller passivt beroende på till vilken grad patienten är medverkande.

Öppen vård

Den vård en patient får utan att behöva läggas in - oftast på vårdcentraler, sjukhusmottagningar eller i patientens hem.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.1.1 Det svenska sjukvårdssystemet	1
1.1.2 Multisjuka äldre	2
1.1.3 Kvaliteten på det svenska sjukvårdssystemet	3
1.1.4 Västra Götalandsregionens sjukvårdssystem	3
1.1.5 Patientcentrerad vård	4
1.2 Omställningen	4
1.2.1 Utveckla den nära vården	5
1.2.2 Koncentrera vården för bättre kvalitet och tillgänglighet	5
1.2.3 Digitala vårdtjänster	6
1.2.4 Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling	7
1.2.5 Göteborgssjukvården, ett led i utvecklingen av nära vård	7
1.2.6 Satsningar utanför Omställningen	8
1.3 Syfte	9
1.4 Frågeställning	9
1.5 Avgränsningar	9
2 Metod	11
2.1 Studiens upplägg	11
2.2 Metodansats	11
2.3 Datainsamlingsmetoder	11
2.3.1 Litteratur- och informationssökning	11
2.3.2 Observation	12
2.3.3 Intervjuer	13
2.3.4 Kodning	15
2.4 Studiens forskningskvalitet	16
3 Teoretiskt ramverk	19
3.1 Patientcentrerad Vård	19
3.1.1 Definition av patientcentrerad vård	19
3.1.2 Fördelar och hinder	21
3.2 Vårdbehov	21
3.2.1 Kopplingen mellan behov och kvalitet	23
3.3 Val av teoretiskt ramverk	24
3.4 Hållbarhet	25
4 Resultat	27
4.1 Omställningen	27
4.1.2 Göteborgssjukvården	28
4.2 Patientperspektivet	30
4.2.1 Bemötande	30
4.2.2 Vårdtagande	31
4.2.3 Kontinuitet	32
4.2.4 Tillgänglighet	33
4.2.5 Information och kommunikation	35
4.2.6 Administration	37
4.2.7 Medicinsk behandling	38

4.2.8 Sjukvårdens Organisation	40
5 Analys.....	43
5.1 Hur förhåller sig Västra Götalandsregionens nuvarande plan för implementation av nära vård till patientcentrerad vård?	43
5.1.1 Västra Götalandsregionens omställning till nära vård	43
5.1.2 Patientcentrerad vård.....	43
5.2 Hur ser det upplevda vårdbehovet ut hos multisjuka äldre patienter i Västra Götalandsregionen?	46
5.2.1 Tröskeln in i vården.....	47
5.2.2 Dialogen mellan patient och vårdgivare.....	48
5.2.3 Patientens möjlighet att påverka vården.....	49
5.2.4 Kontinuitet.....	49
5.2.5 Administration.....	51
5.2.6 Akuten	51
5.2.7 Anhöriga.....	52
5.2.8 Privat vård	52
5.3 Hur förhåller sig multisjuka äldre patienters upplevda vårdbehov till Västra Götalandsregionens satsning på nära vård?	53
5.3.1 Behov av inflytande, anpassat språkbruk och mer information under vårdprocessen	53
5.3.2 Behov av förbättrad administration mellan vårdenheter och avdelningar	53
5.3.3 Behov av hembesök och tillgänglighetsanpassade vårdenheter.....	54
5.3.4 Behov av att läkare ska lägga större vikt vid patientens egen beskrivning av sitt tillstånd ..	54
5.3.5 Behov av att det ska vara lättare att “ta sig in i vården” och av att undvika att bli hänvisad till flera olika platser innan vård fås.....	54
5.3.6 Behov av förbättring av information och kommunikation till anhöriga om patientens tillstånd.....	55
5.3.7 Behov av kortare väntetider	55
5.3.8 Behov av en läkare med fullständig kunskap om patientens hela sjukdomsbild	55
5.3.9 Behov av ett förändrat journalsystem.....	56
5.3.10 Behov av att avlasta akuten.....	56
5.3.11 Behov av att vården ska vara konsekvent	57
5.3.12 Behov som ligger utanför avgränsningarna	57
6 Diskussion	59
6.1 Studiens syfte.....	59
6.2 Metodkritik.....	60
6.2.1 Hur förhåller sig Västra Götalandsregionens nuvarande plan för implementation av nära vård till patientcentrerad vård?.....	60
6.2.2 Hur ser det upplevda vårdbehovet ut hos multisjuka äldre patienter i Västra Götalandsregionen?	61
6.2.3 Hur förhåller sig multisjuka äldre patienters upplevda vårdbehov till Västra Götalandsregionens satsning på nära vård?	63
6.3 Problematisering av patientcentrerad vård.....	64
6.4 Vidare forskning.....	64
6.5 Social hållbarhet.....	65
7 Slutsats	67
8 Källförteckning	69

Bilaga 1 – Slutgiltig intervjumall för patienter och anhöriga.....	77
Bilaga 2 – Intervjumall för Västra Götalandsregionens nyckelpersoner	79

1 Inledning

I detta kapitel kommer en bakgrund ges av hur hälso- och sjukvården ser ut idag och den omställning till nära vård som ska ske i vården i Västra Götalandsregionen. Därefter kommer studiens syfte, frågeställningar och avgränsningar att presenteras.

1.1 Bakgrund

Hälso- och sjukvårdens funktion är att medicinskt förebygga, utreda och behandla människors sjukdomar och skador (SFS 2017:30). Alla påverkas av hälso- och sjukvårdens utformning och dessutom är invånarnas krav, önskemål och åsikter är många och i vissa fall motstridiga. Frågan om hälso- och sjukvårdens utformning förblir aktuell allteftersom Sveriges och sjukvårdens förutsättningar förändras. Dagens utmaning är den stundande förändringen i Sveriges befolkningsstruktur. I Statistiska centralbyråns senaste befolkningsframskrivning pekar prognosen på en ökande andel äldre (Statistiska centralbyrån [SCB], 2017). År 2060 kommer var fjärde invånare var 65 år eller äldre (SCB, 2017).

2016 tillsatte regeringen en statlig utredning, *Effektiv Vård*, som rekommenderade en strukturell förändring med anledning av bland annat den ökande andelen äldre i befolkningen (Statens offentliga utredningar [SOU] 2016:2).

Prioriteringsdelegationen, som granskar riksdagens beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården, delar upp intressenterna i tre arenor: patienterna/invånarna, politiken/politikerna och professioner inom vården (SOU 2001:8). I *Effektiv Vård* beskrivs även att patienterna/invånarna givits för lite utrymme i frågan om vårdens utformning (SOU 2016:2).

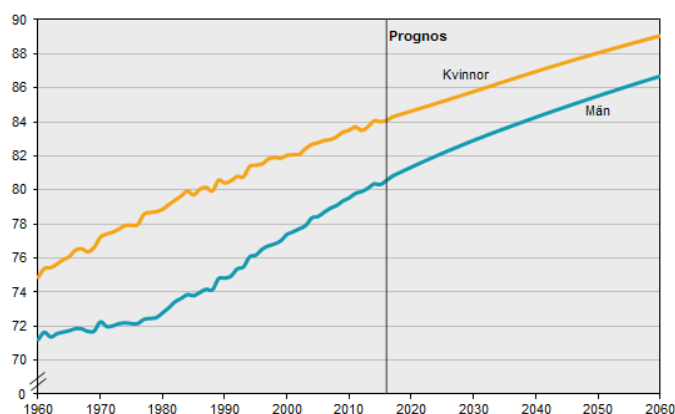
1.1.1 Det svenska sjukvårdssystemet

Det svenska sjukvårdssystemet är decentraliserat i sin struktur. Inflytande och beslutanderätt är fördelat mellan Sveriges 20 landsting och 290 kommuner (Norén Bretzer, 2017).

Verksamheten styrs däremot inte enbart av dessa två huvudmän, utan det förekommer även statlig styrning (SOU 2016:12). I *Effektiv Vård* beskrivs hur landsting och kommuner i sin tur börjat organisera sig i regioner för att uppnå stordrifts- och samordningsfördelar, en situation som resulterar i en komplex verksamhetsstyrning (SOU 2016:2).

1.1.2 Multisjuka äldre

Målgruppen multisjuka äldre blir en alltmer uppmärksam patientgrupp. Med förbättrade behandlingstekniker, vaccination och forskning ökar medellivslängden. Detta resulterar i en ökande andel äldre (SCB, 2017). I figur 1 illustreras hur medellivslängden har ökat över tid samt hur utvecklingen förväntas öka.



Figur 1. Grafer över hur medellivslängden hos män och kvinnor har ökat från 1960-2016 samt hur den förväntas öka 2017-2060 (Statistiska Centralbyrån, 2017)

Med en åldrande befolkning tillkommer en ökad multisjukligheten i landet. Enligt *Effektiv vård* är multisjuka äldre den mest vårdtunga patientgrupp som kräver störst andel vårdresurser (SOU 2016:2).

Begreppet multisjuk är omstritt där det finns många olika definitioner som används i olika sammanhang. Enligt Socialstyrelsen (2016) innebär multisjuklighet:

”[...] en person som är 75 år eller äldre, som under de senaste 12 månaderna har varit inneliggande tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10”
(Socialstyrelsen 2016, s. 1)

Denna definition är snäv vilket innebär att omkring 56 000 personer i Sverige år 2010 definierades som multisjuka (Akner, 2010). Enligt Akner (2010) är den mest övergripande definitionen att en person har två eller fler diagnostiserade kroniska sjukdomar eller skador. Att vara kroniskt sjuk innebär att personen har en sjukdom som kommer kvarstå i minst fem år eller tills dess att personen avlider (Socialstyrelsen, 2014). Med Akners definition applicerat på patienter som är 65 år eller äldre innebär det att mer än 400 000 personer i Sverige år 2010 definierades som multisjuka, det vill säga 4 procent av Sveriges befolkning (Akner, 2010). Studien kommer tillämpa Akners definition applicerat på patienter som är 65 år eller äldre.

Att vara multisjuk innebär ett ökande sjukvårdsbehov (SOU 2016:2). Trots att multisjuka äldre endast utgör 4 procent av svenska befolkningen, konsumerar gruppen uppemot 50 procent av sjukvårdsresurserna (Myndigheten för Vårdanalys, 2014).

Att vara multisjuk innebär utmaningar för sjukvårdssystemet vilket gör multisjuklighet intressant och viktigt att undersöka. Då dessa individer innehar flera diagnoser som ofta

påverkar varandra, räcker det traditionella sjukvårdssystemet inte längre till (SOU 2016:2). Istället för att bygga systemet kring discipliner behöver fokus ligga kring patientens symptom och agera därefter (SOU 2016:2).

1.1.3 Kvaliteten på det svenska sjukvårdssystemet

I internationella jämförelser presterar det svenska sjukvårdssystemet goda medicinska resultat, exempelvis i studien utförd av Health Consumer Powerhouse (Lundbäck & Molin, 2015). Personliga vittnesmål, debattinlägg och utredningar målar däremot upp en bild av bristande tillgänglighet, kontinuitet och samordning (Regeringskansliet, 2017). Befolkningen får allt mindre förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet, särskilt för primärvården (Myndigheten för Vårdanalys, 2017). En bristande faktor är allt för långa vårdköer (Socialstyrelsen, 2017).

I Sverige genomfördes en statlig utredning, *God och nära vård*, som handlar om att utveckla en samordnad god och nära vård inom primärvården (SOU 2017:53). Enligt *God och nära vård* har Sverige, jämfört med andra länder, presterat relativt svaga resultat för patienter med kroniska sjukdomar. Exempelvis har dessa patienter inte fått vara delaktiga i sin egen vård. En av faktorerna är att en dialog, mellan vårdgivare och patient, saknats vad gäller de målsättningar och beslut som tas (SOU 2017:53). Även gällande koordineringsansvar för kontakt mellan olika delar av vården och samordning av information var Sverige betydligt sämre jämfört med övriga länder. Patienterna upplevde exempelvis att varken deras ordinarie läkare eller primärvårdsmottagning hade fått information om vilken vård de fått vid ett sjukhusbesök (SOU 2017:53).

Något som identifierats i *Effektiv vård* är att Sverige satsat mycket på att centralisera sjukhusvården till stora sjukhus. En förslagen åtgärd i utredningen är att utveckla en så kallad nära vård med specialistsjukhus, närsjukhus, hembesök och digitala tjänster som komplement till primärvården, sjukhusvården och akutsjukvården (SOU 2016:2).

Efter *Effektiv Vård* lade regeringen fram en proposition där de slog fast att vård och omsorg måste omorganiseras (Prop. 2017/18:83). För att åstadkomma ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande krävs en strukturell förändring och ett nytt sätt att organisera. Vården måste dessutom bli bättre på att sätta patientens behov i centrum (Prop. 2017/18:83).

Träning ger färdighet är en utredning om hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att bli bättre och mer jämlik inom hälso- och sjukvård för patienterna. Utredningen har tagit fram förslag om hur detta kan göras genom att exempelvis koncentrera den högspecialiserade vården (SOU 2015:98).

1.1.4 Västra Götalandsregionens sjukvårdssystem

Som en följd av *Effektiv vård* och *Träning ger färdighet*, har Västra Götalandsregionen tagit fram en handlingsplan som innebär en omställning av vården (Västra Götalandsregionen [VGR], 2018a). Handlingsplanen för förändringen har fått namnet *Omställningen* och omfattar fyra områden som ska utvecklas och implementeras i Västra Götalands sjukvård. En av de fyra områden är att utveckla den nära vården och beslut har tagits om att bygga två specialistsjukhus i Göteborg (VGR, 2016a). Många utredningar har gjorts där erfarenheter

från läkare, ledning, politiker och insatta professioner samlats in för att komma fram till vilka behov som finns och vilka lösningar specialistsjukhusen ska innebära (SOU 2017:01). I rubriken 1.2 *Omställningen*, kommer *Omställningen* presenteras samt de två sjukhusen som är en del av utvecklingen av den nära vården (VGR, 2016a).

1.1.5 Patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård är en teori som benämns ofta inom de olika utredningarna. Enligt *Effektiv vård* (SOU 2016:2) innebär patientcentrerad vård att vården utformas så att patienten känner sig bekräftad, delaktig och trygg. Patientcentrerad vård kan leda till minskade kostnader för slutenvård och reducerar vårdtiden (VGR, 2018c). I länsdelen Skaraborg i Västra Götalandsregionen har en liknande satsning med stort fokus på patientcentrerad vård genomförts. Satsningen heter Mobil närvård, även kallad Skaraborgsmodellen, och utgår från att sätta patienten i centrum där all vård sker i hemmet (VGR, 2018c). Mobil närvård är främst ämnad för äldre patienter och har lett till förbättringar för invånarna i Skaraborg (Wendle, 2014).

1.2 Omställningen

Strategin för hur *Omställningen* ska genomföras beslutades av Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen (VGR, 2017a). *Omställningen* delas in i fyra övergripande områden som behöver implementeras för att skapa en sammanhållen hälso- och sjukvård. Dessa fyra områden är *Utveckling av nära vård*, *Koncentrerad vård*, *Digitala vårdtjänster* och *Kvalitetsdriven utveckling av hälso- och sjukvården* (VGR, 2018a) och presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Redovisning av de fyra prioriterade benen för *Omställningens* strategi samt de prioriterade punkterna för respektive ben (VGR, 2017c).

Omställningen			
Utveckla den nära vården	Koncentrera vård för bättre kvalitet och tillgänglighet	Utveckla digitala vårdformer och tjänster	Fokusera på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling
Utveckla specialistsjukhusen/närsjukvårdscentrum	Översyn av traumasjukvården	Patientcentrerad informationshantering	Kvalitet som strategi
Mobil hemsjukvårdsläkarfunktion	Skapa nivåer i det akuta omhändertagandet	Smart region	Utbildning i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling
Utveckling av annan mobil sjukvård	Koncentration av mindre volymer	Machine Learning & Artificial Intelligence	Årlig uppföljning och åtgärdsplan
Stärk första linjens vård vid psykisk ohälsa		Digitalt högkostnadsskydd	Utveckla och stärk kunskapsorganisationen
Öka utskrivning av sluten vård		Vårdmöten på distans	Regional modell för kunskapsstyrning
Kompetensförsörjning i primärvården		Internetbaserat stöd och behandling	

I denna studie kommer fokus att ligga på utvecklingen av den nära vården. I den nära vården ingår Göteborgssjukvården, ett projekt som ämnar att utveckla två specialistsjukhus samt ett närsjukvårdssystem i Göteborg, vilket beskrivs närmre under rubriken 1.2.5

Göteborgssjukvården, ett led i utvecklingen av nära vård. Göteborgssjukvården anknyter i sin tur även till de andra tre omställningsområden då samtliga områden är integrerade (VGR, 2016a). Handlingsplanen kan komma att ändras och är därmed inte helt slutgiltig (VGR, 2017b). Följande delkapitel presenterar samtliga områden följt av en beskrivning av Göteborgssjukvården samt satsningar utanför *Omställningen*.

1.2.1 Utveckla den nära vården

Utvecklingen av den nära vården innebär utveckling av: primärvård, tandvård, vård i patientens hem, öppen specialiserad vård utanför de stora akutsjukhusen, specialiserade närsjukvårdscentrum som inkluderar bland annat primärvården, mindre sjukhus och andra öppna vårdformer (VGR, 2017b). Vägen in till vården ska vara enkel genom att antingen ringa 1177 eller använda 1177:s webbportal där det bland annat ska erbjudas ett utökat utbud av tjänster (VGR, 2017b).

I den nära vården ska primärvården utgöra basen och ge effektiv, lättillgänglig och bred sjukvård för de flesta vårdbehov. Invånarna ska även få vara mer delaktiga i utformningen av sin vård och hälsa genom sjukvårdsupplysning, information och utbildning (VGR, 2017b). Här kan digitala lösningar komma att implementeras. Fokus ska framförallt ligga på förebyggande och tidiga insatser (VGR, 2017b). Utbildningen och informationen som ska nå ut till invånarna ska anpassas till deras förutsättningar såsom språk och utbildning (VGR, 2017b). Genom att skapa samverkan och planering mellan vårdens processer och organisation ska kontinuitet samt trygghet skapas (VGR, 2017b).

Enligt Västra Götalandsregionen (2017b) ska det finnas ett samordningsansvar i den nära vården så att de listade patienterna ska veta vart de ska vända sig. Patienter som behöver vård från olika vårdenheter ska lättare kunna få den hjälp de behöver (VGR, 2017b). Därför ska alla olika vårdenheter och vårdnivåer integreras med varandra och kommer därmed skapa en sömlös vård (VGR, 2017b). En sömlös vård innebär att sjukhusen, den nära vården, privatvård samt kommunal vård ska samarbeta (VGR, 2017b).

Vården som sker utanför de stora sjukhusen ska erbjuda patienten den vård som skapar mest värde för patienten, det vill säga den vård som uppfyller patientens behov (VGR, 2017b). Den nära vården ska erbjuda mobila team för de patienter som befinner sig hemma och kan ha svårt att ta sig till någon vårdinrättning, exempelvis äldre sjuka eller multisjuka (VGR, 2017b). Genom att möta äldre sjuka och multisjuka med mobila team kommer förhoppningsvis oplanerade besök och inläggningar på sjukhusen att minska därmed kommer utskrivningen av slutna vård att öka (VGR, 2017b). De mobila teamen ska finnas på primärnivå upp till specialistnivå och kräver ett samarbete mellan sjukhus, den kommunala vården och primärvården för att kunna skapa kontinuitet samt trygghet (VGR, 2017b).

1.2.2 Koncentrera vården för bättre kvalitet och tillgänglighet

För att kunna säkerställa och öka kvaliteten och säkerheten för patienterna samt effektiviteten behöver den specialiserade vården koncentreras (VGR, 2017b). Den akuta och planerade

vården behöver också koncentreras för att kunna erbjuda ökad patientsäkerhet och kvalitet (VGR, 2017b).

Koncentration av den specialiserade vården kan påverka vissa medicinska samband och därmed föra med sig vissa följd effekter (VGR, 2017b). Det är därför viktigt att på bästa sätt säkerställa och bevara alla sjukhus i regionen och se till att de utför sina uppdrag inom den akuta vården samt den planerade vården (VGR, 2017b).

Det ska vara enkelt för patienten att få tillgång till den vård de behöver (VGR, 2017b). Sjukhusens akutmottagningar ska framförallt kunna fokusera på de som är svårast sjuka. För att detta ska kunna ske, kommer den akuta vården utvecklas på olika nivåer, exempelvis genom 1177, vårdcentraler, jourcentraler, mobila team och sjukhusets specialiserade akutmottagningar (VGR, 2017b).

1.2.3 Digitala vårdtjänster

Samhället digitaliseras och Västra Götalandsregionen (2017b) strävar efter att ligga i framkant inom digitalisering. För att göra detta behöver en förändring ske på flera plan. Västra Götalandsregionen strävar även efter att vara öppen, lättillgänglig och kommunicera på ett sätt som passar varje enskild individ (VGR, 2017b).

För att skapa en god arbetsmiljö i ett föränderligt samhälle krävs det att nya arbetssätt och ny teknik nyttjas (VGR, 2017b). Omställningen i vården innebär att digitaliseringens möjligheter tas tillvara genom att det som kan göras digitalt, görs digitalt (VGR, 2017b). I den nära vården ska nya och existerande digitala vårdformer och tjänster utvecklas och implementeras (VGR, 2017b). Fokus ligger på att implementera och utveckla tjänster som vårdmöten på distans samt internetbaserat stöd och behandling (VGR, 2017b). I första hand ska patientsäkerheten samt medarbetarnas vardag förbättras genom att utveckla beslutsstödsystem och andra verktyg (VGR, 2017b).

Enligt *Omställningen* ska ett samarbete mellan övriga regioner och landsting genomföras för att vidareutveckla 1177:s webbportal (VGR, 2017b). Tanken är att 1177 ska bli den naturliga vägen in till vården (VGR, 2017b).

Digitaliseringen innebär förändring och ett helt nytt sätt att tänka och agera, vilket leder till snabba utvecklingssteg (VGR, 2017b). Västra Götalandsregionen (2017b) välkomnar den snabba utvecklingen och har inlett ett arbete om att upphandla ett nytt kärnsystem. Det nya kärnsystemet ska innehålla vårdinformation om patienten och vara gemensamt för alla vårdenheter. På så sätt blir det enklare att möta behov och krav från såväl invånare som verksamhet (VGR, 2017b).

För att uppfylla patientens behov har Västra Götalandsregionen bestämt att införa ett patientcentrerat arbetssätt (VGR, 2017b). Det är viktigt att patienterna känner sig trygga med att den vård som erbjuds är kunskapsbaserad (VGR, 2017b). De ska även få möjlighet att vara delaktiga i sin egna vård samt att de ska få tillgång till stöd och redskap för att ha möjlighet att ta ansvar för sin hälsa (VGR, 2017b). Då patienter involveras i processen om sin egen vård skapas en patientsäker och effektiv vård med god kvalitet (VGR, 2017b).

1.2.4 Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

För att parallellt kunna genomföra mer strukturella förändringar i hälso- och sjukvården krävs det ett systematiskt arbete med lokal verksamhetsutveckling och förbättringar inom varje verksamhet (VGR, 2017b). Den största kunskapen om förbättring och utveckling inom hälso- och sjukvården besitter medarbetare och chefer som jobbar inom vården (VGR, 2017b). För att säkerställa en kvalitetsdriven verksamhetsutveckling ska medarbetare och chefer få tid, kunskap och redskap för att kunna erbjuda patienten bättre kvalitet på den medicinska behandlingen samt en bättre patientupplevelse (VGR, 2017b). Kvalitetsarbetet syftar till att garantera en kunskapsbaserad, patientcentrerad, patientsäker, jämlik, effektiv och tillgänglig vård (VGR, 2017b).

1.2.5 Göteborgssjukvården, ett led i utvecklingen av nära vård

2015 beslöt Regionfullmäktige (RF §2015-56) att stödja idén om att utveckla och förstärka närsjukvården i Göteborgsområdet som ett led i utvecklingen av nära vård. Detta genom ett funktionellt sammanhållet sjukvårdssystem som verkställs utanför akutsjukhusen. Vården i Sverige är idag "sjukhusung" vilket innebär att sjukvården bedrivs till stora delar på sjukhus (VGR, 2018b). Därmed söker *Omställningen* att "flytta ut" vården från sjukhusen (Almgren, 2016). Beslutet resulterade i att två specialistsjukhus etappvis ska byggas ut belägna i Högsbo och Wieselgrensplatsen (Almgren, 2016).

Då befolkningen förväntas växa med 100 000 invånare inom de närmaste 9 åren, är prognosen som direktivet presenterar att ungefär 190 000 fler specialistvårdsbesök väntas inom Göteborgssjukvården jämfört med idag (Almgren, 2016). Regionen behöver också investera i nya lokaler och ny utrustning då de befintliga sjukhusen, Frölunda Specialistsjukhus och Capio Lundby närsjukhus, börjar bli omoderna och kommer behöva ersättas (Almgren, 2016).

Projektet syftar till att skapa förutsättningar för den öppna specialistsjukvården i ett nytt närsjukvårdssystem (Almgren, 2016). Övergripande utgörs projektet Göteborgssjukvården av två väsentliga uppgifter. Utformning och etablering av ett sammanhållet närsjukvårdssystem och utformning och etablering av två specialistsjukhus (Almgren, 2016).

Etableringen av ett sammanhållet närsjukvårdssystem är uppdelat i följande fem mål:

Värdeskapande och patientcentrerad vård

All vård ska syfta till att skapa värde utifrån invånarnas behov och förutsättningar (Almgren, 2016). Dialogen mellan invånare och vården ska vara god och invånarna ska ha möjlighet att vara medskapare och ta ansvar för sin hälsa (Almgren, 2016).

Den vård invånaren behöver ofta ska finnas nära

Vården ska erbjudas i form av inbjudande och lättillgängliga vårdbyggnader, i hemmet och via digitala vårdtjänster (Almgren, 2016). Det ska vara lätt att komma i kontakt med vården, både fysiskt och digitalt (Almgren, 2016).

Samordnad vård

Vården ska kännetecknas av kontinuitet som bygger på samverkan mellan vårdens aktörer (Almgren, 2016). Utveckling, sammanhållen vårdinformation och arenor för gränsöverskridande samarbete ska vara utgångspunkter (Almgren, 2016).

Trygg vård

Vården ska ha hög kvalitet och vara säker. Tillgängligheten ska vara god och väntetiderna korta (Almgren, 2016). Det ska vara lätt att få information om vårdens kvalitet och att delta i förbättringsarbete, både som invånare och medarbetare (Almgren, 2016).

Effektiv och flexibel vård

Tid med patienten ska möjliggöras genom effektiva och sammanhållna vårdkedjor (Almgren, 2016). Framtida vårdbehov ska kunna tillgodoses i sjukhusen utan ombyggnationer eftersom lokaler och stödprocesser ska vara standardiserade för att kunna möta föränderliga behov (Almgren, 2016).

De två nya specialistsjukhusen som ska byggas kommer innehålla specialistcentrum och dagkirurgiska centrum:

Specialistcentrum

Ökad tillgänglighet och trygghet ska utgöra en grund för en sammanhållen vård (Almgren, 2016). Att patienten får ett brett utbud av öppen specialiserad vård i samarbete med primärvården ska medföra en tidig diagnostik som i sin tur ska medföra snabbare medicinskt omhändertagande (Almgren, 2016). Specialistcentrum kommer att vara en resurs till primärvården och genom så kallade akutkonsultationer kommer remittering till akutsjukhusen att minska (Almgren, 2016).

Dagkirurgiska centrum

Dagkirurgi innefattar kirurgiska ingrepp som kräver anestesi och postoperativ övervakning och innebär att en patient som opererats ska kunna bli utskriven och vara färdig för hemgång samma dag (Almgren, 2016). En patient ska via mottagningen på specialistcentrumet kunna skickas vidare till dagkirurgiska centrumet om det finns ett behov av att opereras under dagen (Almgren, 2016). Dagkirurgiska centrumet avser att möta det behovet och kommer i stor utsträckning att ta över många dagkirurgiska operationer från akutsjukhusen, exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhus (Almgren, 2016).

1.2.6 Satsningar utanför Omställningen

Västra Götalandsregionen satsar även, vid sidan av *Omställningen*, på att strukturera om journalföringen för att skapa bättre förutsättningar för lättillgängliga och fullständiga journaluppgifter genom förändringsprojektet Framtidens Vårdinformationsmiljö, FVM (VGR, u.å.). Genom att strukturera upp information och standardiserade processer, termer och begrepp ska rätt information finnas på rätt plats och vid rätt tidpunkt. Medarbetare i vården kommer därmed kunna få ökad tillgång till evidensbaserat beslutsstöd. FVM ämnar att skapa förutsättningar för enklare samverkan mellan vårdgivare och vårdnivåer inom regionen (VGR, u.å.).

Arbetsättet Skaraborgsmodellen, som är väldigt likt omställningen till nära vård, verkställdes 2013 (VGR, 2018c). Den nya vårdmodellen hade sitt ursprung 2001 genom samarbete mellan

kommun, primärvård och sjukhus i Skaraborg. Vården utgår från individens behov och modellen grundar sig i vad som kallas för patientcentrerad vård (VGR, 2018c).

1.3 Syfte

Studien syftar till att utforska hur patientcentrerad Västra Götalandsregionens omställning till nära vård är samt hur väl den nära vården kommer att tillgodose det upplevda vårdbehovet hos multisjuka patienter 65 år eller äldre. Detta presenteras i form av en rapport och ämnar ge insyn i vad patienter har för upplevelser av vården så som den är organiserad idag.

1.4 Frågeställning

För att uppnå detta syfte togs tre frågeställningar fram.

- i. Hur förhåller sig Västra Götalandsregionens nuvarande plan för implementation av nära vård till patientcentrerad vård?
- ii. Hur ser det upplevda vårdbehovet ut hos multisjuka äldre patienter i Västra Götalandsregionen?
- iii. Hur förhåller sig multisjuka äldre patienters upplevda vårdbehov till Västra Götalandsregionens satsning på nära vård?

1.5 Avgränsningar

En granskning av kostnader och genomförbarhet av patienters förslag och förhoppningar har inte gjorts då denna studie endast syftar till att ge en förståelse kring patienters upplevda behov. Studien har inte utvärderat eller undersökt hur sjukdomar behandlas och botas med avseende på läkemedel, behandlingsprocesser eller andra vetenskapliga metoder. I denna avgränsning innebär det även att läkares kompetens inte bedöms. Studien ämnade inte att utvärdera det svenska politiska systemet och hur sjukvården bedrivs på politisk nivå.

2 Metod

I detta kapitel presenteras metodansatsen, vilket tillvägagångssätt som användes vid utformningen av studien samt de ingående momenten vid insamling av data.

2.1 Studiens upplägg

Olika metoder användes för att besvara studiens tre frågeställningar. Vilka metoder som användes för att besvara vilken frågeställning redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Redovisning om hur de olika frågeställningarna har besvarats med hjälp av de olika metoderna.

	Frågeställning 1	Frågeställning 2	Frågeställning 3
Litteratur- och informationssökning	X	X	
Observation	X		
Intervju	X	X	
Kodning		X	
Analys och jämförelse av frågeställningar			X

2.2 Metodansats

Detta är en kvalitativ studie där vikten legat vid att försöka förstå och finna mönster i empirin (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2008). Studien har utformats så att teoretisk inläsning och insamling av empiri har skett iterativt under studiens gång. Detta innebär att ny information som fångats upp vid empiri har behandlats och använts för att utveckla det teoretiska ramverket. Samtidigt har det teoretiska ramverket legat till grund för insamlingen av empiri vilket inneburit att även denna förändrats med tiden. Utifrån detta kan det fastställas att studien är abduktiv snarare än deduktiv eller induktiv, där ”verkligheten” närmats för varje iteration som har gjorts (Dubois & Gadde, 2002; Magnusson, 2018).

Studien är explorativ där fokus har legat på att ge en bättre förståelse kring patienter och deras sjukvårdsupplevelse snarare än att försöka ge en konkret lösning på problemet. Detta går hand i hand med den abduktiva ansatsen (Dudovskiy, 2018).

2.3 Datainsamlingsmetoder

I följande delkapitel presenteras de datainsamlingsmetoder som studien använt. Dessa är litteratur- och informationssökning, observationer, intervjuer samt kodning.

2.3.1 Litteratur- och informationssökning

Inledningsvis gjordes en intensiv inläsning av litteratur för att skapa en grundförståelse för ämnet. Olika utredningar gjorda på uppdrag av svenska staten samt rapporter från Västra Götalandsregionen lästes in för att förstå vilka problem och förslag som tagits fram. Artiklarna hittades genom att använda söktermer som ”nära vård”, ”specialistsjukhus” och ”sjukvård” på de berörda myndigheternas hemsidor. En del litteratur lästes även in efter rekommendation från handledare.

Inläsningen gav en förståelse för ämnet som gjorde det möjligt att skapa en relevant problemformulering. Under den inledande fasen identifierades även relevanta nyckelord som senare i studien kunde användas vid sökningar i olika databaser.

Efter att en förståelse för ämnet erhållits och ett syfte med tillhörande frågeställningar fastställts kunde en djupare och mer fokuserad litteraturstudie påbörjas, vilket stämmer väl överens med den metod Reinecker (2016) presenterat. Sökningarna fokuserade på de delar av vården som berörde det valda syftet. Specifika nyckelord som "vårdbehov", "multisjuk" och "patientcentrerad teori" användes vid sökningar i databaser, exempelvis googlescholar.

Referenser som rapporter och artiklar nyttjats användes för att komma djupare in på det berörda ämnet. Flera olika källor som behandlade samma ämne studerades för att få in så många olika perspektiv som möjligt, något Eriksson & Wiedersheim-Paul (2014) rekommenderar. Denna process skedde i omgångar då empiri ledde till att nya områden blev intressanta att undersöka.

För att studien ska anses tillförlitlig är det av yttersta vikt att vara källkritisk. Om en källa nyttjas som anger falsk data, felaktig information eller är förfälskad kan inte studien anses vara trovärdig (Wallén, 1996). Att vara källkritisk innebär att vara ifrågasättande kring det som redovisas i litteraturen samt personen eller personerna som står bakom den (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2014). Källorna i studien granskades utifrån fyra olika kriterier: samtidskrav, tendenskritik, beroendekritik och äkthet (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2014). De fyra kriterierna beaktades under studiens gång där material som inte ansågs trovärdiga och inte mötte kriterierna sållades bort. Observationen genomfördes genom att utvärdera var materialet hittades, vem som författade det, vad för bakgrund författaren hade, om materialets referensgranskats samt vilken bakomliggande motivering författaren hade till att skapa materialet. Därmed anses de källor som nyttjats i denna studie vara tillförlitliga.

2.3.2 Observation

I början av studien utfördes en observation under en workshop med projektgruppen för Göteborgssjukvården. Detta för att få en inblick i hur projektgruppen resonerade kring olika aspekter av sjukvården och även få en inledande förståelse för vilka aspekter som projektgruppen lade mycket vikt vid. Informationen som samlades från observationen användes sedan för att finna nyckelord till litteraturstudien och anpassa intervjufrågor där olika aspekter fördjupades. Workshopens samtliga medverkande delades in i tre olika grupper där tre av studiens författare fick observera vardera grupp. I grupperna diskuterades olika begrepp som "nära vård", "närsjukhus" och "närsjukvårdssystem". Grupperna var medvetna om att de observerades och att anteckningar fördes av författarna, vilket benämns öppen observation enligt Alvehus (2013). Detta bidrog till att etiska och tekniska problem undveks i form av att anteckningar kunde ske öppet med de observerades samtycke (Alvehus, 2013). Observationen var passiv enligt Alvehus (2013) definition då författarna endast beaktade situationen utan att delta i den. Dock kunde Hawthorne-effekten uppstått som enligt Alvehus (2013) är då den observerade är medveten om observatören, och ändrar sitt beteende därefter. Den presenterade informationen kunde kontrolleras i efterhand via rapporter och dokument från Västra Götalandsregionen och därmed ansågs inte Hawthorne-effekten vara problematisk.

2.3.3 Intervjuer

Intervjuer var det främsta underlaget för studiens primärdata. En strukturerad intervju är lämpligast då datainsamlingen och dess frågor är förutbestämda och ett detaljerat manus kan upprättas (Yin, 2013). Studiens explorativa karaktär motiverade istället en semistrukturerad intervjuteknik. Förutbestämda och detaljerade frågor kombinerades med öppna frågor som varierades med intervjuens kontext (Yin, 2013). Det semistrukturerade formatet tillät att intervjuernas karaktär anpassades efter de specifika intervjupersonerna och deras förutsättningar. Det uppstod även situationer där intervjupersoner behövde ställa frågor till intervjuaren, en så kallad dubbelriktad interaktion (Trost, 2010), exempelvis då en intervjuperson ville veta vilken kunskap intervjuaren hade om ett visst ämne. Denna typ av social relation, där intervjupersonen på egna villkor kan förmedla hur de skapar mening med deras liv, erfarenheter och kognitiva processer, är en viktig del av intervjun (Trost, 2010).

Intervjuerna utfördes av två författare per tillfälle, en som intervjuade och en som antecknade. En teknik som Yin (2013) förespråkar, och som författarna använde sig av under intervjuerna, var att tänka på att tala måttligt mycket. Ambitionen i en semistrukturerad intervju är att som intervjuare tala mindre och ställa frågor som kan leda till längre utläggningar av intervjupersonen (Yin, 2013). Därför uteslöts frågor som kunde besvaras med enbart ”ja” eller ”nej”.

Idealet var att kombinera anteckningar med inspelningar under intervjun, men att spela in en intervjuperson kan medföra en del risker. Det kan begränsa intervjupersoner i hur öppna de kan känna sig, speciellt om det är ett känsloladdat ämne som diskuteras (Alvehus, 2013). Dock kan avsaknaden av inspelning orsaka att viss information försvinner vid transkribering (Alvehus, 2013). Eftersom hälso- och sjukvårdsfrågor är känsliga togs ändå beslutet att enbart föra långa och noggranna anteckningar.

Intervjuprotokoll med semistrukturerade frågor vägledde intervjuerna. Dessa protokoll har under studiens gång kontinuerligt utvärderats och reviderats och presenteras ingående i styckena *intervju med patient* samt *intervju med projektgrupperna*. Hur urvalet skett presenteras sedan i stycket *urval*.

Intervju med patient

Intervjumallen för patientintervjuer skapades med inspiration från definitionen vårdbehov som redovisas under rubrik 3.2 *Vårdbehov*. Den första iterationen av intervjufrågorna delades in i två ämnen. Det första ämnet var patientens nuvarande tillstånd med fokus på hur patienten får vård för sina åkommor. Det andra ämnet gällde patientens avsedda tillstånd, det vill säga hur patienten hade velat få vård för sina åkommor om denne fick bestämma fritt.

Intervjufrågorna utvecklades kontinuerligt, i samråd med handledarna, till att beröra fyra ämnen: nuvarande tillstånd, diagnostisering, åsikter och upplevelser samt förbättringsförslag. Intervjumallen gav patienten större möjlighet att uttrycka åsikter över hur vården bedrivs och att ge förslag på hur vården kan bli bättre. Intervjumallen testades på flertalet personer innan den fastställdes för att säkra att frågorna uppfattades korrekt. Intervjumallen för frågor vid intervju med patient finns bifogad som bilaga 1.

Enligt Trost (2010) är 90 minuter den rekommenderade längden för en intervju, men författarna försökte inledningsvis att begränsa intervjuerna till 60 minuter. Valet av den förkortade intervjutiden låg i att försöka ta hänsyn till intervjupersonernas ålder och tillstånd. Dock visade det sig att olika intervjupersoner behövde olika mycket tid vilket resulterade i att en del intervjuer sträckte sig till uppemot 110 min.

Intervju med projektgrupperna

Genom studiens gång har flera professioner verksamma inom *Omställningen*, projektet för Göteborgssjukvården och projektet för Skaraborgsmodellen intervjuats. De fick med egna ord presentera och framföra sina åsikter kring hur omställningen till nära vård i Västra Götalandsregionen kommer att tillgodose de patientbehov de identifierat. Vad gäller intervjumallen för dessa utförda intervjuer, bearbetades det fram ett par standardfrågor som varierade beroende på vilken person som intervjuades. Allteftersom ändrades frågorna för att passa intervjupersonens profession och medverkan i projektet. Exempel på intervjumall för nyckelpersonerna i projektgruppen är bifogad som bilaga 2.

Intervjupersoner från *Omställningen* och Göteborgssjukvården fick kartlägga förändringsprocessen och tydliggöra de olika koncepten de jobbar med i projektet. Då studiens författare var väl instuderade med de material och information som presenterats offentligt av projektgrupperna kunde detaljerade frågor ställas. Frågorna handlade om *Omställningens* syfte, hur problematiseringen kom till, samt huruvida de framtagna lösningarna skulle kunna tillfredsställa patientbehoven i Västra Götalandsregionen. Intervjufrågorna utformades kontinuerligt efter uttalanden och information som uppkom under intervjuens gång. Initialt bokades intervjuer om 60 minuter, för både fysiska möten och telefonmöten. Det visade sig att ibland kunde dryga 40 minuter vara tillräckligt för ett telefonmöte då det tenderade att vara mer intensivt att intervjua över telefon.

Urval

Resultatet av urvalet ledde till att ett antal intervjuer med olika patienter och professioner kunde utföras. Detta listas i tabell 3.

Tabell 3. En översikt över de olika intervjuobjekten samt hur många som berörde varje frågeställning.

Intervjuobjekt	Frågeställning som berördes	
	Frågeställning i	Frågeställning ii
Multisjuk äldre	-	12
Anhörig	-	3
Omställningen	1	-
Göteborgssjukvården	3	-
Skaraborgsmodellen	2	-

En av målgrupperna för intervjuerna var multisjuka 65 år eller äldre som haft kontakt med hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Det första kriteriet berör den enskilda individens sjukdomstillstånd, information som inte är registerfört eller offentligt. Denna begränsning gjorde att ett slumpmässigt urval inte kunde genomföras. Slumpmässigt urval är dock lämpligast för att framställa generaliserade resultat men då denna studie är av

explorativa karaktär bedömdes det att ett icke-slumpmässigt urval var mer lämpligt (Esaiasson et al., 2017).

Den icke slumpmässiga urvalsmetoden som ansågs passa studien bäst var snöbollsurval. I ett snöbollsurval uppmuntras och bjuds studiedeltagarna in till att rekommendera nya studiedeltagare (Esaiasson et al., 2017). Målgruppen var snävt avgränsad och svårtillgänglig. Snöbollsurvalet gjorde det emellertid möjligt att nå fler intervjupersoner genom de initiala kontakterna. Snöbollsurvalet initierades på fyra håll: en kommunal träffpunkt för pensionärer, genom en av författarnas personliga kontakter, på kommunens anhörigcentrum samt i en pensionärsförening. Detta för att säkerhetsställa tillräckligt stort urval då alla spår hade begränsningar.

Begränsningarna som fanns hos pensionärsföreningarna var att de utgjordes av deltagare i rätt ålder, men som inte led av multisjuklighet, eller så led de av multisjuklighet men var för svaga för att delta. Den senare nämnda begränsningen kringgicks genom att kontakta anhörigcentrum där det beslutades att låta anhöriga intervjuas på patientens vägnar. Detta innebar begränsningen att åsikterna inte kom direkt från patienten och därmed fanns det risk att intervjuerna färgades med åsikter från den anhöriga. Detta är något som togs i beaktande under intervju, kodning och analys.

Vid urval av intervjupersoner från projektgrupperna för *Omställningen* samt personer som medverkat i Skaraborgsmodellen tillämpades snöbollsurval med initiala rekommendationer av kontakter från handledarna. En intervjuperson kontaktades även efter den observation som utfördes i förstudien. I urvalet prioriterades personer som var väl insatta i projekten.

Teoretisk mättnad

Då urvalet ej var slumpmässigt har antalet intervjuer avgjorts av huruvida teoretisk mättnad uppnåtts. Teoretisk mättnad uppstår då nya intervjupersoner upprepar svar från tidigare studiedeltagare och inte bidrar med nya uppfattningar (Esaiasson et al., 2017). Efter de 15 genomförda intervjuerna antogs att samtliga relevanta infallsvinklar var kartlagda och analysarbetet togs vid.

2.3.4 Kodning

För att kunna kartlägga patienters vårdbehov har intervjuerna med de multisjuka äldre och anhöriga kodats. Enligt Graneheim och Lundmans (2003) metod ska den kvalitativa data brytas ner i tre delar: meningsbärande enhet, kondenserad enhet och kod. Meningsbärande enhet innebär exakt vad som har sagts under intervjun. Kondenserad enhet innebär att komprimera den meningsbärande enheten för att sammanfatta vad den betyder och vad intervjupersonen vill få sagt. Kod är den kondenserade enheten nedbruten ännu mer för att endast innehålla den koncentrerade betydelsen av vad intervjupersonen sagt (Graneheim & Lundman, 2003).

Enligt Graneheim och Lundman (2003) kan tolkning av de transkriberade intervjuerna utföras på två olika sätt, antingen att tolka texten utifrån det som faktiskt står eller genom att göra tolkning av det underliggande, latent innehåll i texten. I denna studie gjordes en tolkning av den underliggande meningen för att få med det latent innehåll, vilket innebär att en tolkning av textens innebörd gjordes (Graneheim & Lundman, 2003). Då intervjuerna berörde

hur patienten upplevde vården gjordes inga försök att motbevisa informationen patienterna presenterade.

Initialt var det tänkt att börja med att kategorisera och därefter lägga koderna under den kategori som den överensstämde med. Därefter diskuterades idén fram om att börja med att bryta ned den samlade data från intervjuerna, koda och därefter skapa kategorier. Under tiden då alla koder kategoriserades uppkom nya kategorier som var relevanta och återspeglade det centrala budskapet i studien. Kodningen skedde därmed iterativt där olika kategorier testades, ändrades och omstrukturerades i omgångar. Slutligen beslutades åtta kategorier där alla koder fördelades under dessa. Vissa koder valdes att exkluderas då de föll utanför studiens omfattning i enlighet med teorin presenterad av Graneheim och Lundman (2003). Två exempel på hur kodningen skett redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Exempel på hur kodningen gick till enligt Graneheim och Lundman (2003).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
”Efter operationen frågade läkaren hur det var med mig och berättade att hon inte opererat där hon sagt att hon skulle operera. Jag kontaktade patientnämnden som sa att jag skulle skriva till läkaren. Läkaren sa att hon opererat fel, hon hade blandat ihop vänster och höger. Jag kunde inte sitta normalt på 15 månader på grund av detta”.	Läkaren som var stressad, lyssnade inte på patienten och hann inte tänka efter när hon skulle operera vilket ledde till att patienten opererades felaktigt.	Stressad läkare som inte lyssnade på patient ledde till felaktig operation.	Medicinsk behandling
”När man väl kommit in [i vården] så flyter det på. Tar sån jävla tid att komma in. Tog ett år för mig. Vill se sunt förnuft – om jag ringer dit och är dålig då vill jag komma in”.	Väl inne i vården fungerar det bra, men det tar lång tid att komma in.	Tar mycket lång tid att komma in i vården.	Tillgänglighet

För att säkerställa att kategoriseringen av koderna blivit så korrekt som möjligt testades kategorierna. Detta gjordes genom att skriva ut koderna och blanda samman dem. Därefter lästes koderna var för sig och placerades under den kategori som ansågs passa bäst. Detta gjordes tills dess att alla koder ansågs ha kategoriserats korrekt.

2.4 Studiens forskningskvalitet

Validitet och reliabilitet är två mått som vanligtvis används för att diskutera kvaliteten i vetenskapliga studier (Alvehus, 2013). Det har debatterats kring huruvida begreppen validitet och reliabilitet är tillämpbara i kvalitativa studier (Bryman & Bell, 2015). Då denna studie är av kvalitativ typ och syftar till att undersöka patienters upplevelser anser studiens författare att de alternativa kvalitetskriterier, som Lincoln och Guba (1985) förespråkar för kvalitativa studier, är bättre lämpade. Lincoln och Guba (1985) föreslår fyra kriterier för kvalitativa studier: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och konfirmering.

En metod för att säkerställa trovärdighet är genom respondentvalidering vilket innebär att deltagarna i intervjustudien bekräftar undersökningens resultatet och därmed bekräftas att intervjuerna förstått intervjupersonerna korrekt (Bryman & Bell, 2015). Då det inte fanns tillräckligt med resurser och tid för att efter intervjuerna ge intervjupersonerna det transkriberade materialet, bekräftades istället intervjuarnas uppfattning av intervjupersonernas upplevelser under själva intervjun.

Triangulering är en annan metod som används för att fastställa studiens trovärdighet (Lincoln & Guba, 1985). Triangulering innebär dubbelkontrollering samt användandet av flera olika källor, det vill säga flera observatörer, informationskällor och metoder (Bryman & Bell, 2015). I denna studie användes en icke slumpmässig urvalsmetod, snöbollsurval, som ansågs passa bäst. Trots att metoden inte är helt slumpmässig anses den ge studien en trovärdighet eftersom den gav flest antal intervjuer. Även metodansatsen i studien och tillvägagångssättet i information- och litteratursökningen anses ge trovärdighet till studien eftersom flera informationskällor användes, jämfördes och kontrollerades i förhållande till varandra.

Förutom patienternas synpunkter och erfarenheter har intervjuer utförts med nyckelpersoner inom projektet för *Omställningen* samt Göteborgssjukvården. Där har den information som fångats under intervjuerna jämförts med intervjupersoner verksamma inom liknande projekt men som är oberoende till *Omställningen*.

Överförbarhet innebär till vilken grad studien anses, av författare och läsare, vara applicerbar i en annan kontext och anses vara tillräcklig om tillräckligt detaljerad information har presenterats för att möjliggöra jämförelser (Lincoln & Guba, 1985). Studier av kvalitativ typ bör därför ha ”thick-description”, det vill säga fylliga redogörelser (Bryman & Bell, 2015). Detta har gjorts genom noggrann beskrivning av metod, urval, analys samt information- och litteratursökning.

Pålitlighet uppnås genom att ständigt redogöra tillvägagångssättet genom hela studien och på så sätt skapa transparens. Bekräftande innebär att förhålla sig objektivt och att inte låta personliga värderingar påverka resultat eller slutsatser (Bryman & Bell, 2015). I studien har en noggrann dokumentering av alla processer gjorts och därmed även motivering och analyser till alla beslut. Samtliga författare i studien har korrekturläst rapporten, analyserat alla intervjuer och diskuterat allt material för att inte få en vinklad bild utifrån någon individs egna värderingar eller uppfattningar.

3 Teoretiskt ramverk

I detta kapitel presenteras teori kring patientcentrerad vård, vårdbehov samt vårdkvalitet som sedan används för att analysera resultatet av intervjuerna.

3.1 Patientcentrerad Vård

Patientcentrerad vård är en teori som fått alltmer uppmärksamhet under senare år. International Alliance of Patients' Organization (IAPO, 2017), en organisation som representerar patienter över hela världen, arbetar kontinuerligt för att öka nyttjandet av patientcentrerad vård i sjukvårdssystemen runt om i världen. IAPO (2017) anser att patientcentrerad vård är centralt vid utveckling av sjukvårdssystem som ska lösa de problem sjukvården har idag (IAPO, 2017). Även World Health Organization (WHO, 2018), trycker på att ett sjukvårdssystem som bygger på att låta patienter delta vid dess utformning är mer resurseffektivt samtidigt som det motarbetar fragmentering av systemet och ökar samarbete mellan olika vårdgivare.

Patientcentrerad vård har många olika synonymer varav en ofta anses vara personcentrerad vård. Dock anser inte alla att dessa två begrepp har samma betydelse. Enligt Centrum för Personcentrerad vård (GPCC, 2018), innebär de inte samma sak. Betydelsen av patient i begreppet "patientcentrerad vård" innebär en person som är sjuk och behöver vård (GPCC, 2018). Person i "personcentrerad vård" innebär personer i alla sammanhang, vare sig om de är patienter, är friska eller är anhöriga till någon som är sjuk (GPCC, 2018). Personcentrerad vård har därmed ett större omfång än patientcentrerad vård enligt GPCC (2018).

Inom vårdsammanhang används patientcentrerad vård och personcentrerad vård omväxlande. Exempelvis är en definition av patientcentrerad vård som används av Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys likadan som definitionen av personcentrerad vård som används i Skaraborgsmodellen (VGR, 2018c; Docteur & Coulter, 2012). På grund av detta och för att undvika begreppsförvirring utgår därför denna studie ifrån att personcentrerad vård och patientcentrerad vård innebär samma sak.

3.1.1 Definition av patientcentrerad vård

Ur ett internationellt perspektiv finns det ännu inte någon samsyn kring definitionen av patientcentrerad vård. Detta då de olika kontexter och system som finns runtom i världen kräver olika definitioner (Docteur & Coulter, 2012).

2007 undersökte IAPO hur patientcentrering tolkats i olika länder. Genom att jämföra nationella definitioner kunde det konstateras att de flesta bygger på samma grundprinciper. De principer som ansågs väga tyngst för att lyckas med patientcentrerad vård enligt IAPO (2007) var:

- Respekt
- Möjlighet att delta vid vårdbeslut
- Patientinvolvering vid utveckling av vårdpolicy
- Access och tillgänglighet till alla vårdinrättningar
- Korrekt, lättåtkomlig information för både vårdgivare och patient

Utifrån den ovan nämnda undersökningen utförde Docteur och Coulter (2012) en egen granskning av patientcentrerad vård. Målet med denna granskning var att finna en definition av patientcentrerad vård som fungerar i den svenska kontexten. Denna undersökning ledde till att fem principer presenterades som ansågs bäst applicerbara på svensk hälso- och sjukvård (Docteur & Coulter, 2012). Följande är en presentation av dessa fem principer:

Patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning (Docteur & Coulter, 2012, s.52)

Patienter ska ha tillgång till all information som behövs för att förstå sin sjukdom och kunna bidra till utformandet av den vård som behövs. En välfungerande patientcentrerad vård ska inkludera patienter i den mån att de inte känner att något undanhålls från dem (Docteur & Coulter, 2012).

Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar (Docteur & Coulter, 2012, s.53)

En patient som besöker en vårdinrättning ska behandlas på ett sådant sätt att den upplever att sina behov, önskemål och sin situation tagits i beaktande. Patienten ska behandlas med respekt där vårdpersonal lyssnar och tar till sig det en patient säger samt låter patienten delta vid beslutsfattande (Docteur & Coulter, 2012).

Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg (Docteur & Coulter, 2012, s.53)

Denna aspekt innebär att olika vårdinrättningar och vårdgivare samarbetar och koordinerar sina insatser för att säkerställa kontinuitet för patienten. På så sätt kan patienten behandlas med en helhetssyn där alla inblandade är väl införstådda i patientens sjukdom och problematik (Docteur & Coulter, 2012).

Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska behov (Docteur & Coulter, 2012, s.54)

Denna aspekt behandlar problematiken att patienten ofta behandlas med ett sjukdomscentrerat arbetssätt. En patient har ofta många andra behov som behöver bemötas såsom rädsla för behandling, psykologiska och känslomässiga problem samt annat som inte är direkt korrelerat med sjukdomen. Patienten behöver behandlas med ett helhetsperspektiv där både sjukdom och de andra icke-medicinska behoven bemöts (Docteur & Coulter, 2012).

Involvering av familj och närstående i vården enligt patienternas önskemål (Docteur & Coulter, 2012, s. 54-55)

Denna aspekt berör en patients behov av att involvera närstående i sin vård. Detta innebär inte bara att låta familj och vänner närvara vid olika behandlingar utan även att tillåta dessa delta vid beslutsfattande (Docteur & Coulter, 2012).

Dessa fem principer underbyggs även av Shaller (2007) som utvärderade hur organisationer når en patientcentrerad vård. De principer Shaller (2007) använde var i enlighet med de principer Docteur och Coulter (2012) senare tog fram.

Med detta anser studien att de fem ovannämnda principerna är allmänt vedertagna inom forskning och vårdssammanhang och kan därför användas vid utvärdering av patientcentrerad vård i Sverige.

3.1.2 Fördelar och hinder

Patientcentrerad vård är en viktig aspekt i *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Flera studier har påvisat de positiva aspekterna som patientcentrering kan innebära, både vårdmässigt, psykologiskt och ekonomiskt som presenteras i detta avsnitt.

Enligt Docteur och Coulter (2012) resulterar patientcentrerad vård i en reduktion av patientens symtom, minskad risk för felaktiga diagnoser som resultat av att kommunikationen mellan patient och läkare förbättras samt att det uppmuntrar patienter att följa den behandling som föreskrivits. Några studier som studerat patienter med kronisk hjärtsvikt och höftbrott har påvisat att, vid behandling med patientcentrerad vård, fick patienterna kortare sjukvårdsvistelser än tidigare (Olsson et al. 2006; Ekman et al. 2012). Personer med kronisk hjärtsvikt upplevde även en reduktion av osäkerhet gällande sjukdom och behandling (Dudas et al. 2013).

Kostnadsperspektivet är även en aspekt som har behandlats av olika forskningsprojekt, som påvisat att patientcentrerad vård bidrar till minskade kostnader. En bättre förståelse av patient och större tillit hos patienten gentemot sjukvården leder till ett minskat behov av specialistkonsultationer och sjukhusremitter (Olsson et al. 2009; Bertakis & Azari, 2010).

Även om patientcentrerad vård flera gånger om har påvisats innebära positiva effekter för vården i olika sammanhang, finns det även hinder mot att implementera patientcentrerad vård i Sverige. Begreppet patientcentrerad vård är vanligt förekommande inom vårdssammanhang och framställs ofta som ett fokus hos de olika vårdenheterna (SOU 2016:2). Dock har detta inte inneburit att patienten fått vara delaktig då det fordrar att enheten tar fram en gemensam handlingsplan där kvalitet och rätt typ av agerande säkras (SOU 2016:2).

Svensk sjukvård är i dagsläget organiserat så att liknande discipliner finns grupperade och dessa är sedan bristfälligt samordnade (SOU 2016:2). Det gör att kontinuitet blir svårare att uppnå då en multisjuk kan ha behov av olika discipliner som ligger på olika ställen som inte är koordinerade (SOU 2016:2). För att patientcentrerad vård ska fungera krävs samordning av de olika disciplinerna och en omorganisation som bygger på patientens behov istället för läkares kunskapsområden (SOU 2016:2).

3.2 Vårdbehov

För att få en bild av patienternas vårdbehov och huruvida dessa tillgodoses av Västra Götalandsregionens omställning till nära vård behöver begreppet vårdbehov definieras. I denna studie användes Liss (2003) formulering av ett behov, "*P har behov av X, om X är nödvändigt för att uppnå ett visst mål*" (Liss, 2003, s.165). Liss definition (2003) menar att behovet är skillnaden mellan det nuvarande medicinska tillståndet och ett avsett medicinskt tillstånd. Detta begrepp har utvecklats för tillämpning inom vård och omsorg, är tydligt avgränsat och bör vara generellt användbart inom vård och omsorg enligt Socialstyrelsen (2006). Enligt Gustavsson (2014) är detta en instrumentell definition av ett behov, till skillnad från ett kategoriskt som definieras som när en person i absoluta termer kräver någonting, utan att ett mål behöver anges. Ett kategoriskt behov kan formuleras som, "*om P verkligen behöver X, behöver P X*", exempelvis om P är i behov av X för sin fortsatta överlevnad (Gustavsson, 2014).

Socialstyrelsen (2006) tillämpar Liss (2003) formulering på så sätt att patientens vårdbehov är skillnaden mellan det nuvarande tillståndet och det avsedda tillståndet. En modell över detta presenteras i figur 2.



Figur 2. Modell över behov.

Även Gustavsson (2014) anser att synsättet på behovet som en differens är hjälpsamt vid teoretisering kring vårdbehov. Enligt Socialstyrelsen (2006) kan det nuvarande tillståndet beskrivas i flera dimensioner, exempelvis risk för förtida död, grad av lidande/smärta, funktionsnedsättning och livskvalitet. Det avsedda tillståndet skulle kunna vara i ena änden av spektrat att undvika död, eller i andra änden av spektrat att undvika ett mindre obehag. Studien kommer dock inte att ta dessa skillnader i beaktning, utan kommer bedöma alla behov med samma värdering. Enligt Crisp (2002) bör dock dessa behov vila på att uppfyllelsen av dem, kommer att skänka en ökning av personens välbefinnande.

Definitionen av det avsedda tillståndet är det tillstånd som hälso- och sjukvårdspersonalen, oftast i samråd med berörd individ, har beslutat att försöka uppnå (Socialstyrelsen, 2006). Vid professionell bedömning fastställs målet, det avsedda tillståndet, med hänsyn till hur möjligt målet är att uppnå (Socialstyrelsen, 2006). Då studiens författare inte besitter den medicinska kunskapen för att bedöma hur realiserbara patienternas önskade hälsotillstånd är kommer denna teori inte tas i beaktning.

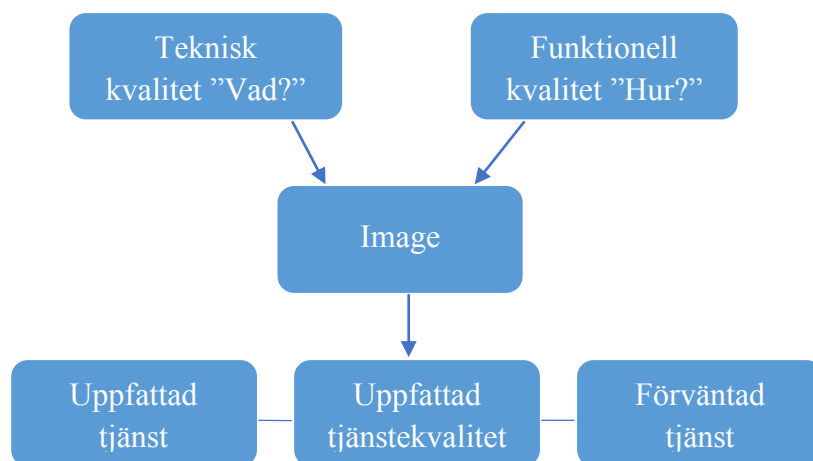
Då denna studie ämnar förstå patienternas behov kommer en annan definition av vad det avsedda tillståndet är att användas. Författarna definierar det avsedda tillståndet som det tillstånd som berörd individ vill uppnå. Det är alltså detta tillstånd som kommer att ses som målet i Liss (2003) formulering, och skillnaden mellan nuvarande och avsett tillstånd kommer att definiera patientens vårdbehov. Detta innebär att datainsamlingen riktades in på att utröna patienternas nuvarande tillstånd och avsedda tillstånd. Enligt Thorsell (2010) är ett öppet samtal där patienten med egna ord får berätta om sin situation och sina behov en god hjälp för att förstå enskilda personers vårdbehov.

En effekt av att data kring patienternas behov samlats in via intervjuer är att endast de uttalade behoven kunde upptäckas. Med andra ord kan det ha funnits annat en patient skulle uppskattat eller behövt men som de själva inte vetat om. Enligt Löfgren och Witell (2005) beskriver Kanos "Theory of Attractive Quality" en typ av kvalitet, så kallad attraktiv kvalitet, som berör funktioner vars förekomst glädjer konsumenten, men vars avsaknad inte leder till otillfredsställelse. Just på grund av att deras avsaknad inte leder till otillfredsställelse är denna typ av behov svåridentifierade (Löfgren & Witell, 2005).

3.2.1 Kopplingen mellan behov och kvalitet

Gapet mellan det nuvarande och det avsedda tillståndet innebär att patienten till viss mån inte är tillfreds med tjänsten som sjukvården levererat till patienten. Detta kan kopplas till en brist i kvalitet genom Jurans definition, presenterad av Löfgren och Witell (2005), att *”kvalitet är till vilken grad en produkt framgångsrikt tjäna användarens syfte”* (Löfgren & Witell, 2005, s.8). En tolkning av vårdens syfte, utifrån patientens perspektiv, är att behandla patienten från ett icke önskvärt nuvarande medicinskt tillstånd till ett avsett medicinskt tillstånd. Ifall ett vårdbehov, enligt tidigare definition av ett behov, existerar är vårdens syfte därmed inte uppfyllt och därav uppfattar patienterna en brist i vårdens kvalitet. Enligt Dagger et al. (2007) är kvalitet en avgörande faktor för känslan av tillfredsställelse med tjänsten. Det finns därför värde i att analysera den uppfattade kvaliteten på vården, och kan finnas värde i att analysera på vilket sätt kvaliteten brister.

Forskare inom tjänstekvalitet har föreslagit ett stort antal olika kvalitetsdimensioner för att bedöma tjänster (Dagger et al., 2007). Grönroos (1984) föreslår en modell för att analysera kvaliteten hos tjänster, genom att först beskriva kvalitet som en funktion av två variabler, den förväntade tjänsten och den uppfattade tjänsten. Den uppfattade tjänsten delas sedan in i teknisk kvalitet och funktionell kvalitet. Denna modell illustreras i figur 3.



Figur 3. Grönroos modell analyserar kvaliteten hos tjänster, genom att först beskriva kvalitet som en funktion av två variabler, den förväntade tjänsten och den uppfattade tjänsten (Grönroos, 1984).

Dagger et al.'s (2007) modell är en vidareutveckling av bland annat Grönroos modell (1984), anpassad till sjukvården. De gör en liknande distinktion mellan den upplevda tekniska kvaliteten på tjänsten, och upplevelsen av övriga kringliggande kvalitetsdimensioner, angående exempelvis personalens bemötande och tillgänglighet (Dagger et al., 2007). I Grönroos modell (1984) beskrivs den tekniska kvaliteten som den upplevda kvaliteten på själva tjänsten som konsumeras, i detta fall kvaliteten på själva vårdbehandlingen, alltså resultatet av vården. Enligt Dagger et al. (2007) berör teknisk kvalitet uppfattningen av vårdgivarens kompetens, kunskap, kvalifikationer eller färdighet samt utfallet av vårdbehandlingen. Enligt Grönroos modell (1984) är den funktionella kvaliteten den kvalitet som relaterar till hur konsumenten får sin tjänst levererad, det vill säga allt det som är

förknippat med tjänsten men som inte specifikt rör tjänsten i sig. Inom vården kan det röra sig om hur väl patienten upplever att vården lyssnar på hen, hur väl hen blir bemött, om hen är bekväm med hur hen bokar tid et cetera. Med andra ord hur vården levereras till patienten.

Grönroos (1984) beskriver även hur dessa två kvalitetsdimensioner samspelar med företagets image, med andra ord kundernas syn på företaget. Denna image byggs främst upp av den tekniska och funktionella kvaliteten, men även andra mindre viktiga faktorer. Företagets image kan även påverka dessa två kvalitetsdimensioner. En positiv image kan leda kunder till att vara mer förlåtande mot brister i funktionell och teknisk kvalitet, på samma sätt som en negativ image skulle kunna ytterligare försämra dessa två kvalitetsdimensioner. Dessa kvalitetsdimensioner bygger upp den uppfattade tjänsten, och skillnaden mellan den förväntade tjänsten och den uppfattade tjänsten utgör den uppfattade tjänstekvaliteten (Grönroos, 1984).

Enligt Dagger et al. (2007) har den initiala uppdelningen i förväntad och upplevd tjänst, trots dess vida användning, kritiserats utifrån argumentet att fokus på förväntningar tillför begränsad information. Dagger et al. (2007) presenterar en modell där endast uppfattningen om tjänstens kvalitet delas upp i kategorier, där kategorierna är mellanmänsklig kvalitet, teknisk kvalitet, miljöbetingad kvalitet och administrativ kvalitet. Även om denna teori tillför fler kvalitetsdimensioner, anser författarna av denna studie att Grönroos modell (1984) är mer utförlig genom att den beaktar just förväntningar på tjänsten. Därför anses den vara lättare att använda då uppdelningen av den uppfattade tjänstens kvalitet är grövre utförd. Idén kring att image spelar roll för den uppfattade kvaliteten är även en dimension som kan vara värdefull från Grönroos modell (1984). Ett argument skulle även kunna göras för att Daggers et al. (2007) dimensioner; miljöbetingad kvalitet, mellanmänsklig kvalitet och administrativ kvalitet kan sammanfattas under Grönroos (1984) funktionella kvalitet.

3.3 Val av teoretiskt ramverk

Teorierna valdes utifrån det värde de tillförde analysen av resultatet. Teorin om patientcentrerad vård är relevant då flera källor hänvisar till att patientcentrering är en målsättning inom vården (Prop., 2017/18:83; VGR, 2017b; SOU 2016:2). Andra källor poängterar hur viktigt det är att implementera denna typ av arbetssätt, bland annat för att minska vårdens kostnader och bli mer resurseffektivt enligt *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och WHO (2018). Men även för att minska onödigt långa sjukhusvistelser, minska patienters osäkerhet och minska antalet felaktiga diagnoser (Docteur & Coulter, 2012; Olsson et al. 2006; Ekman et al., 2012; Dudas et al., 2013) samt för att lösa problemen med vården idag enligt IAPO (2017). Denna teori är därför relevant i sammanhanget, och det blir därför av värde att använda denna teori för att utvärdera hur väl Västra Götalandsregionen faktiskt uppfyller sina ambitioner om patientcentrerad vård.

Teorin kring hur ett vårdbehov definieras är relevant främst då det krävs någon form av verktyg för att dels analysera de behov som framkommer under patientintervjuerna, dels utforma intervjufrågorna så behoven kan fångas.

Grönroos modell (1984) för tjänstekvalitet är relevant då den för med sig ett ramverk för hur en djupare analys av vårdens kvalitet kan utföras. Med hjälp av den kan frågor besvaras kring

vilka delar av vården som patienterna faktiskt har synpunkter på, om det är upplevda kvalitetsbrister i själva behandlingen eller i de delar av upplevelsen som ligger i anslutning till behandling. Grönroos modell (1984) kan även anses vara patientcentrerad, då den utgår från konsumentens upplevelse av tjänsten, istället för att bedöma kvalitet utifrån organisationens mått.

Teorierna om patientcentrerad vård och vårdbehov liknar varandra i det att de både försöker uttala sig om patienters vårdbehov. Definitionen av ett vårdbehov ger verktyg för hur individuella behov identifieras, medan teorin om patientcentrerad vård uttalar sig om vad patienter som grupp har behov av. På detta sätt kan det vara intressant att jämföra de identifierade, individuella behoven som framkommit ur patientintervjuerna med de behov som teorin om patientcentrerad vård identifierat.

Som diskuterats under rubriken 3.2.1 *Kopplingen mellan behov och kvalitet*, kan förekomsten av ett behov i detta sammanhang tolkas som att vårdens syfte inte är helt uppfyllt för patienten som yttrar behovet. Enligt definitionen av kvalitet, under rubriken 3.2.1 *Kopplingen mellan behov och kvalitet*, kan alltså förekomsten av behov kopplas till ett visst missnöje med vårdens kvalitet. Teorierna om vårdbehov och tjänstekvalitet uttalar sig alltså om en skillnad mellan förväntningar och upplevelser av vården. Grönroos modell (1984) fungerar på så vis som ett komplement till, eller en vidareutveckling av, teorin om vårdbehov, där behoven vidare bryts ned i kategorier för att förstås på ett djupare plan.

3.4 Hållbarhet

Hållbar utveckling definieras enligt Brundtlandkommissionen (1987) som ”[...] en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov” (Brundtlandkommissionen, 1987, s.16). Hållbarhet kan därifrån kategoriseras i tre kategorier; social hållbarhet, ekonomisk hållbarhet och ekologisk hållbarhet (Förenta Nationernas generalförsamling [FN], 2005). Denna studie fokuserar endast på social hållbarhet. Ekonomisk hållbarhet är en intressant aspekt. Dock berör inte studien denna då inga kostnader, budgetar eller kalkyler har behandlats. Därmed blir diskussionen för abstrakt byggd på antaganden och spekulationer för att anses ge något värde. Ekologisk hållbarhet kommer inte heller beröras. Då den nära vården i dagsläget är i planeringsstadiet krävs omfattande analyser av olika utfall av planen. Då ekologisk hållbarhet inkluderar resursförbrukning, klimatpåverkan, kemikalieanvändning, avfallshantering, biologisk mångfald och ekosystemtjänster (Ledarna - Sveriges chefsorganisation, 2018) innebär det att djupa analyser kring varje led krävs. Inom tidsramen för denna studie är det inte genomförbart och en analys som endast skrapar på ytan anses inte värdefull. Dessutom faller ekologisk hållbarhet utanför studiens omfattning och därmed anses det inte tillföra värde till syftet med studien.

Social hållbarhet innebär enligt Folkhälsomyndigheten (2014) jämställdhet och jämlikhet där människors lika värde står i centrum. Detta kräver att samhället säkrar att de mänskliga rättigheterna följs så att allas grundläggande behov uppfylls oavsett kön, ålder, etnicitet eller liknande så att ingen diskrimineras eller särbehandlas (Folkhälsomyndigheten, 2014). Social hållbarhet är även en grundförutsättning för ett demokratiskt samhälle där alla invånare ska ha möjlighet att vara med och påverka (Folkhälsomyndigheten, 2014). För att en individ ska

kunna vara med och påverka är en förutsättning att hen är frisk och mår bra (VGR, 2013). Därmed är social hållbarhet viktigt inom hälso- och sjukvård (VGR, 2013). Detta innebär även att vården ska vara jämlik där alla ska ha samma möjligheter att få vård (VGR, 2013). Hälsa och välmående är dessutom viktigt ur ett globalt perspektiv. FN har formulerat 17 globala hållbarhetsmål, som antagits av stats- och regeringschefer runtom i världen. Det tredje målet är ”[...] att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar” (Regeringskansliet, 2018).

4 Resultat

I följande kapitel presenteras resultaten från de intervjuer som genomförts med patienter och anhöriga till patienter samt intervjuer med representanter från Västra Götalandsregionens projektgrupper.

4.1 Omställningen

I *Omställningens* förändringsarbete har det nämnts att det är viktigt att få med patienters och invånares perspektiv. S. Määttä (personlig kommunikation, 6 april 2018) som jobbar med patientmedverkan inom *Omställningen*, informerade att patienter och invånare är en av målgrupperna som *Omställningen* vill ha med som en del av processen. Hon beskrev att invånare som nyttjar vården frekvent, däribland äldre och deras anhöriga är särskilt intressanta. Enligt S. Määttä (personlig kommunikation, 6 april 2018) ska de olika strategierna inom *Omställningen* ha invånarnas behov som huvudfokus. Dessa behov ska identifieras genom så kallade invånardialoger som genomförts bland annat via enkäter. S. Määttä (personlig kommunikation, 6 april 2018) beskrev att invånardialoger innebär att patienter och invånare ska få en chans att ge input när det gäller frågor som är kopplade till *Omställningen*.

I en intervju med S. Määttä (6 april 2018) informerade hon att *Omställningen* idag jobbar med co-creation, vilket bygger på att idéer och information tas med från en utomstående part, som i detta fall är patienten. Vidare poängterade S. Määttä (6 april 2018) att co-creation är en mycket viktig del i *Omställningens* arbete. Hon menade även att patientbehovet är en aspekt som är viktig att säkerställa för att kunna erbjuda jämlik vård. S. Määttä (personlig kommunikation, 6 april 2018) beskrev vidare att en invånardialog ska vara en del av processen av *Omställningen* där invånare och patienter ska ges möjligheten att kunna ge input i frågor om *Omställningen* i vården.

Idag håller Västra Götalandsregionen en relativt god medicinsk kvalitet, dock brister det i tillgänglighet och samordning (VGR, 2017a). Att vården blir allt mer specialiserad innebär färre generalister och behovet av samordning mellan olika enheter, kliniker och vårdgivare ökar (VGR, 2017a). Samordning är en del av vården som patienter och anhöriga alltför ofta behöver ordna själva (VGR, 2017a). Som det ser ut idag är inte primärvården tillräckligt utrustad för att utgöra basen för samordning och kontinuitet i vården (VGR, 2017b). Därför behöver den nära vården göras starkare så att mer vård kan bedrivas utanför de stora sjukhusen, vilket skapar bättre tillgänglighet för patienterna (VGR, 2017b). Vård som kommer kunna bedrivas utanför sjukhusen kommer exempelvis utgöras av de mobila teamen (VGR, 2017b). Dessa team ska erbjudas till dem som har behov av att få vård i hemmet, framförallt de mest sjuka äldre och multisjuka i alla åldrar (VGR, 2017a). Med hjälp av de mobila teamen kan planerade besök och inläggningar på sjukhusen minska i den nära vården (VGR, 2017a).

Enligt M. Karlqvist (personlig kommunikation, 27 april 2018), en representant från patientföreningar i Skaraborg som medverkat vid implementeringen av Skaraborgsmodellen, har de mobila teamen i Skaraborg varit mycket uppskattade av patienter. Hon beskrev att patienter som har svårt att ta sig från hemmet till sjukhuset istället blir erbjudna vård i hemmet.

Den nära vården ska innehålla ett samordningsansvar för listade patienter så att patienten alltid vet vart hen ska vända sig (VGR, 2017b). De organisatoriska och administrativa gränserna ska minimeras och ett samarbete mellan sjukhus, den nära vården och den kommunala vården ska utvecklas (VGR, 2017b). N. Mathiasson (personlig kommunikation, 4 april 2018) menade att detta kommer att skapa en sömlös vård för patienter som har behov att få vård från olika vårdgivare.

Då samhället går mot att bli allt mer digitaliserat (Kättström, 2016), ska även vården utveckla och implementera olika digitala lösningar (VGR, 2017a). Västra Götalandsregionen ska ligga i framkant då det gäller digitaliseringens möjligheter. I en intervju med S. Määttä (6 april 2008) sa hon att det finns en stor villighet inom *Omställningen* att jobba med frågor kring digitalisering. För att invånarna ska kunna bli mer insatta i sin egen hälsa och egenvård, ska sjukvårdsupplysning, utbildning och information om egenvård och hälsa hjälpa dem att bli mer delaktiga (VGR, 2017b). Information och utbildning behöver anpassas efter de olika förutsättningarna som invånarna har. För att få denna information och utbildning kan det komma att skapas någon ny digital lösning (VGR, 2017b). Exempel på en digital lösning som ökar tillgängligheten för patienten samt avlastar personalen på sjukhusen är det digitala mötet, där exempelvis en mobiltelefon används för att ha ett videosamtal med vårdgivare (VGR, u.å.). N. Mathiasson (personlig kommunikation, 4 april 2018) sa att hon tror på det digitala mötet, då patienten själv kan få välja när och var mötet ska äga rum.

4.1.2 Göteborgssjukvården

I sitt konceptprogram presenterade Västra Götalandsregionen (2018b) det övergripande konceptet för de nya specialistsjukhusen, samt hur den nära vården kommer att utformas utifrån ett nytt utvecklat synsätt med patientens samlade behov i centrum. H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018), projektledare för Göteborgssjukvården, beskrev att vården behöver detta utvecklade synsättet. Det bygger främst på samarbete med och runt patienten i centrum. H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) uttryckte det som ”inte big data, utan small data, där individens samlade vårdbehov är utgångspunkten”.

Vården och dess utmaningar med bristande tillgänglighet, samordning, samarbete, kvalitetsutveckling, kontinuitet och kompetensförsörjning ger en problembild som är analyserad i *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och som Göteborgssjukvården ser som förbättringsområden att bemöta (VGR, 2018b).

Angående frågan om hur Göteborgssjukvården förhåller sig till patientcentrerad vård förklarade H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) att en del i att nå projektets mål och kunna ta fram ett specialistsjukhuskoncept är via ett patientcentrerat arbetssätt. Almgrens åsikt uttrycktes även i konceptprogrammet (VGR, 2018b). Att införa patientcentrerad vård förutsätter att chefer och ledning är insatta i begreppet patientcentrering och vad det innebär inom hälso- och sjukvården (VGR, 2018b). Det förutsätter även att sjukvårdspersonal arbetar kontinuerligt med att sprida förhållningssättet i hela verksamheten (VGR, 2018b). Konceptet patientcentrerad vård som Göteborgssjukvården presenterar i konceptprogrammet, innebär att patienten i alla vårdmöten ska betraktas som en person med behov, förmågor och egna resurser (VGR, 2018b).

“Det är ett förhållningssätt snarare än en metod”
(H. Almgren, personlig kommunikation, 27 mars 2018)

Sverige är ett informationssamhälle med stor tillgång till kunskap och Göteborgssjukvården menar att samhällsutvecklingen går mot att invånaren vill och förväntas ta ett större ansvar i de beslut som fattas inom vården (VGR, 2018b). H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) förklarade att alla medlemmar i teamet vid vårdmötet därmed ska ha lika värde och ta med sig kunskap utifrån sin specialitet och erfarenhet. Han ansåg att detta medför att patienten ses som en del i vårdteamet, vilket ökar patientens möjlighet att vara delaktig i beslut om sin egen hälsa, vård och behandling.

För att nå visionen med konceptet för Göteborgssjukvården var H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) positivt inställd till de övriga insatser som görs inom Västra Götaland. H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) informerade hur en del av förbättringsområdena i projektet kräver samverkan med övriga förändringsprocesser i vården. Det är därför väsentligt för Göteborgssjukvården att dessa processer går enligt plan. H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) nämnde ett exempel som är FVM, det nya journalföringssystemet mellan vårdenheter som ämnar att underlätta för patienten i vården. Vidare förklarade han att det är av stor vikt att denna förändring implementeras och är startklar för Göteborgssjukvården att nyttja, exempelvis när primärvården remitterar patienter till specialistsjukhusen.

“Här är tanken att det ska finnas ett kärnkoncept som ska var lika för alla, så att sjukhusen lättare kan ta del av [patient]data”

(H. Almgren, personlig kommunikation, 27 mars 2018)

N. Mathiasson (personlig kommunikation, 4 april 2018), projektkoordinator för projektet Göteborgssjukvården och utbildad operationssjuksköterska, har från projektets begynnelse varit med och tagit fram konceptprogrammet och bland annat berört frågor som har med patientbehov att göra. Hon förmedlade att en dialog med patientnämnderna som i sin tur resulterat i en invånardialog med 300 göteborgare, medfört en bättre bild av vad som är viktigt för patienten inför och under besök i sjukvården. N. Mathiasson (personlig kommunikation, 4 april 2018) menade att invånardialogen har genom nämnderna i samarbete med Frölunda specialistsjukhus ämnat till att huvudsakligen lyssna på patientbehoven. H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) menade att patientcentrerad vård och hänsyn till individens individuella behov är ett kontinuerligt arbete.

H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) var positivt inställd till att *Omställningen* och konceptet nära vården kommer att förbättra samordningen. Samordningsansvaret kommer att koncentreras till närsjukvårdscentrum i patientens område med specialistsjukhusen som förstärkning (VGR, 2018b). Vid omfattande behov ska ett förstahandsval vara vård i patientens hem (VGR, 2016a).

För att ett sådant samarbete ska ske behöver vården enligt H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) vara sömlös för patienter. För att förverkliga detta menade H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) att samarbete mellan patienten, olika professioner, organisationer, intressen och ambitioner behöver mötas samt vara en del av varandras vardag. Därmed blir inte specialistsjukhusen bara en fysisk mötesplats utan en virtuell knutpunkt där vården kan bedrivas och samordnas utanför sjukhuset, i patientens hem eller på annan vårdinrättning (VGR, 2018b).

”Vården är idag reaktiv och vi behöver få den proaktiv”
(H. Almgren, personlig kommunikation, 27 mars 2018)

Angående den specifika frågan om hur nära vården och projektet Göteborgssjukvården kommer att förändra multisjuka äldres situation menar projektgruppen:

“Total kvalitet kommer att öka. Vården hänger inte ihop idag. Kontinuitet, samverkan och närhet är viktigt”
(L. Sellén, personlig kommunikation, 5 april 2018)

”Projektet kommer att förbättra situationen för multisjuka äldre, om det inte gör det så har vi misslyckats”
(N. Mathiasson, personlig kommunikation, 4 april 2018)

4.2 Patientperspektivet

I detta avsnitt redovisas resultaten från 15 patient- och anhörigintervjuer som genomfördes under studien. Den data som samlades in under intervjuerna delades in i 8 kategorier: *bemötande, vårdtagande, kontinuitet, information och kommunikation, administration, medicinsk behandling samt sjukvårdens organisation.*

4.2.1 Bemötande

Majoriteten av intervjupersonerna lyfte fram vikten av ett gott bemötande från vårdpersonal, genom att i intervjuerna beskriva både positiva och negativa erfarenheter. Inom akutsjukvården var erfarenheter av ett negativt bemötande särskilt vanligt. Intervjupersonerna upplevde att det ofta saknades tillräcklig hänsyn och omtanke i vårdmötet. En intervjuperson uttryckte att sjukvårdspersonalen ville bli av med henne så fort det akuta tillståndet var under kontroll.

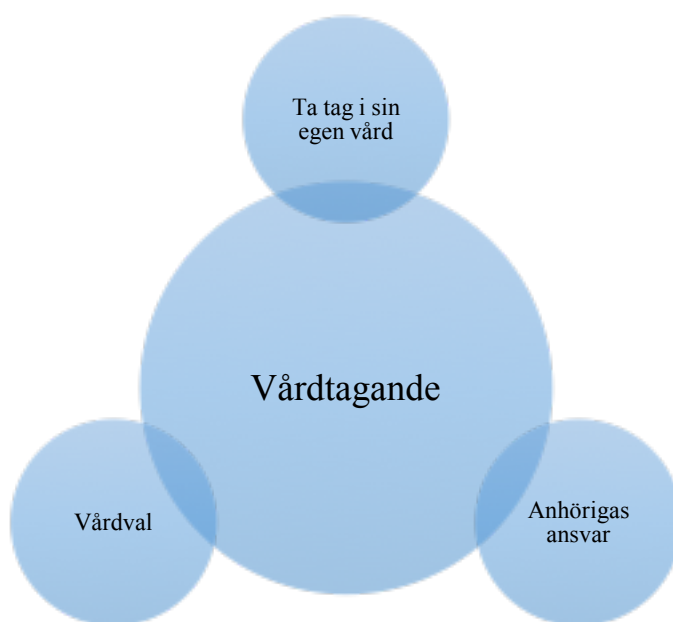
I de negativa beskrivningarna framträdde läkare som inte var intresserade av patienter och som gärna skickar vidare dem till andra läkare. Brist på kontinuitet likställdes i flertalet sammanhang med negativt bemötande. Även brist på tillgänglighet, information och kommunikation samt ett aktivt vårdtagande och medicinsk behandling kopplades till ett negativt bemötande och dessa belyses under respektive kategori. Dåligt bemötande hade påverkat de flesta av intervjupersonernas förtroende för vården. Det dåliga bemötandet hade dessutom gjort att ett antal intervjupersoner blivit tvungna att vara mer aktiva i sitt vårdtagande. Det förekom både byten av läkare och vårdenheter - allra vanligast var ett byte

från offentlig till privat vård. Men aktivt vårdtagande kan även resultera i dåligt bemötande enligt en intervjuperson som menade att sjukvårdspersonalen ansåg att hen varit jobbig och besvärlig för att hen aktivt deltagit i sin vård genom att ställa frågor och vara insatt under sin behandling.

Intervjupersonernas beskrivningar av gott bemötande inkluderade god kontakt och förståelse. En intervjuperson beskrev bytet från en läkare, som avfärdade hens smärta, till en ny läkare som intervjupersonen beskrev som *“en varm människa med ett leende”* och som sagt *“Jag förstår att du har ont”* (multisjuk äldre, personlig kommunikation, 4 maj 2018). I de positiva beskrivningarna talade intervjupersonerna även om vårdgivare som varit lyhörda och omhändertagande. En intervjuperson uppskattade att vårdpersonalen tog tid att, under en längre vårdprocess, lära känna intervjupersonen.

4.2.2 Vårdtagande

Inom vårdtagande finns tre viktiga aspekter som kommer beröras. Dessa redovisas i figur 4.



Figur 4. De tre berörda aspekterna inom vårdtagande.

Intervjupersonerna delade en uppfattning om att en patient gynnas av att vara aktiv i sitt vårdtagande. Intervjupersonerna beskrev en tröskel in i vården och att ett aktivt vårdtagande krävs för att *“komma in i vården”*. Ett aktivt vårdtagande beskrevs dessutom leda till bättre medicinsk vård och kortare väntetider. Intervjupersonerna uttryckte en oro för de som till följd av sitt tillstånd inte orkar vara aktiva i sitt vårdtagande.

“Man måste vara frisk för att vara sjuk”
(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

Intervjupersonerna ansåg inte att sjukvården var rättvis eller jämlik och att patienter måste kunna tala för sig själva och vara ihärdiga för att få den vård de behöver.

”Är man ung och kan tala är det ju inte så svårt att komma in [i sjukvården]. Om jag är äldre, multisjuk och dement då är det svårare”
(anhörig till multisjuk äldre, personlig kommunikation, 3 april 2018)

Flera intervjupersoner administrerade därför sin egen vård genom att ha egenskrivna journaler för att bland annat kontrollera att vårdpersonal har rätt information, något som utvecklas i rubriken 4.2.6 *Administration*.

Intervjupersoner som var anhöriga till multisjuka äldre ansåg att vårdtagandet i sjukvården föll på deras ansvar och att de förväntades kunna redogöra för patientens tillstånd. Anhöriga uttryckte en brist på avlastning och att de fick göra mycket själva. Även som anhörig uttrycktes vikten av att kunna stå på sig.

En annan aspekt i vårdtagandet hos flertalet intervjupersoner var vårdvalet och att återigen aktivt byta från offentlig vård till privat vård för att få bättre vård. Intervjupersonerna uttryckte bristande förtroende för den offentliga vården på grund av bland annat väntetider och bristfällig vård som ledde till byte av vårdenhet. Möjligheten att byta vårdenhet ansågs vara bra men att det är krävande.

4.2.3 Kontinuitet

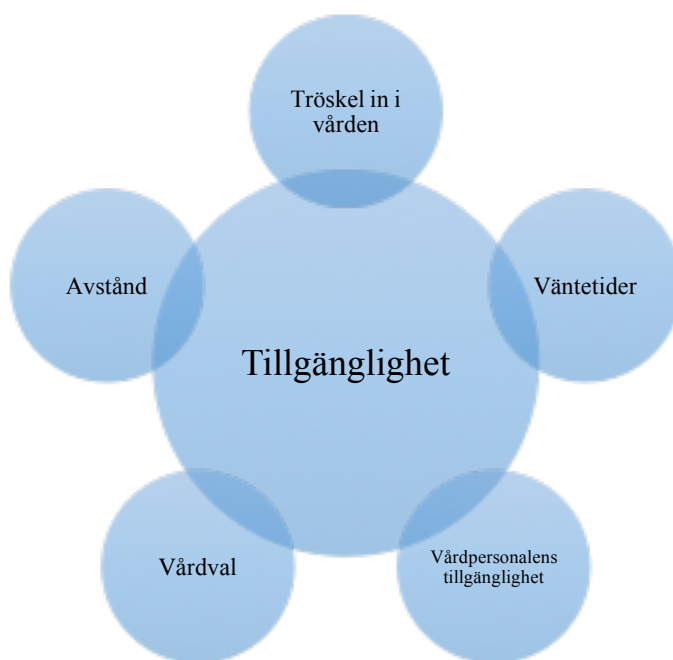
I nästan alla intervjupersoners intervjuprotokoll fanns en känsla av att hög läkaromsättning var negativt. Intervjupersonerna uttryckte kritik till att möta många läkare och förmedlade en önskan om att ha en läkare med samlad bild och ansvar. De få som hade varit listade hos samma läkare i flera år var väldigt positiva till det, och hade i vissa fall följt läkaren mellan vårdcentraler.

“Jag har tur som har haft samma läkare i över trettio år. Han [läkaren] ska snart gå i pension, men jag vill inte det!”
(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

Flera intervjupersoner upplevde att läkarna inte har övergripande koll på sina patienters tillstånd och skickar gärna vidare patienter till nästa läkare för att inte behöva ta ansvar. Detta resulterade i en frustration hos intervjupersoner med lång erfarenhet av vården och/eller flera vårdgivare när de behövde redogöra för sitt tillstånd upprepade gånger. Vidare talade intervjupersonerna om risken med att hög läkaromsättning kan resultera i att läkare gör olika tolkningar som kan leda till felbehandling.

4.2.4 Tillgänglighet

Inom tillgänglighet finns fem viktiga aspekter som kommer beröras. Dessa redovisas i figur 5.



Figur 5. De fem berörda aspekterna inom tillgänglighet.

Alla intervjupersoner framförde tillgänglighet som en viktig aspekt i vården. Tillgängligheten i vården beskrevs genom erfarenheter av långa väntetider, geografiskt läge på vårdenheter, vårdpersonal som är tillgänglig samt vårdval baserat på tillgänglighet. En intervjuperson formulerade följande önskan:

“[jag] Vill se sunt förnuft – om jag ringer dit och är dålig, då vill jag komma in!”
(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 23 mars 2018)

En återkommande synpunkt hos flera av intervjupersonerna var återigen svårigheterna med tröskeln in i vården, det vill säga att det ansågs vara en utmaning att ”komma in i vården”. Många intervjupersoner upplevde att sjukvårdspersonalen har dålig tillgänglighet och de få som hade god kontakt med sin sjuksköterska värdesatte det högt.

När intervjupersonerna beskrev sina erfarenheter av tillgänglighet i vården talade de i huvudsak om långa väntetider. Intervjupersonerna beskrev väntetider till och inom primärvården samt till övrig behandling. Särskilt lyftes möjligheten till att få kontakt samt att få svar, fram som aspekter där tillgängligheten brister. Akutbesök var det som förknippades mest med långa vårdbesök. Intervjupersonerna talade om skador och sjukdomar som har tydliga symptom, standardiserade behandlingar eller är vanligt förekommande. I dessa fall, samt vid skador och sjukdomar som klassificerats som särskilt akuta, upplevdes processen gå snabbare än mer komplexa och ovanliga sjukdomar. Det lyftes även att skador och sjukdomar där det syns att något är fel har en snabbare vårdprocess och är lättare att få hjälp för än sjukdomar och skador som inte syns. En patient beskrev att “osynliga” sjukdomar och skador

är starkt beroende av patientens upplevelser vilket kräver en lyhörd läkare, något som berörs under rubriken 4.2.5 *Information och kommunikation*.

Intervjupersoner saknade förståelse för organisationen, ansvarsfördelningen och den långa väntetiden mellan olika moment på akuten. Flera patienter upplevde att den dåliga tillgängligheten berodde på brist på personal och att de kunde ha behandlats fortare på akuten om vissa moment kunde administreras av annan personal. En anhörig återgav ett skeende på akuten då hennes man skadat sig på följande vis:

“Inom loppet av två timmar hade de röntgat honom. ‘Kan vi inte bara få veta om ni sett något, en spricka eller nåt?’ [frågade hen sjuksköterskan] ‘Nej det går inte’ sa sjuksköterskorna, det kunde de inte göra. Sen så var det ingenting [fel på axeln]. Men det fick vi ju inte veta. Vi kunde ju ha suttit där hela natten utan att få veta det. De kunde haft en läkare som kollat röntgenbilderna. Nu är det ju så att [röntgen-] bilden ligger där men ingen kommer och säger hur läget ligger till”

(anhörig till multisjuk äldre, personlig kommunikation, 3 april 2018)

Bristen på tillgänglighet påverkar, enligt intervjupersonerna, vårdvalet. Brist på tider inom primärvården ledde återigen till ändring av vårdval från offentlig till privat vård för flertalet intervjupersoner. En intervjuperson valde att bekosta sin egen operation inom privat vård då hen ansåg att väntetiden i den offentliga vården var för lång och hen inte skulle ha överlevt den väntan.

“Han [läkaren] tyckte inte att jag skulle ha en operation. [...] Jag ringde till Sahlgrenska och satte upp mig på kö. Det gick 12 månader [...], sen sa de att det skulle dröja 6 månader till. ‘Då lever inte jag’, sa jag till dem. Jag kunde nästan inte gå på grund av min övervikt. Det blev operation på Carlanderska. Fick tyvärr betala själv, kostade 120 tusen”

(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 27 mars 2018)

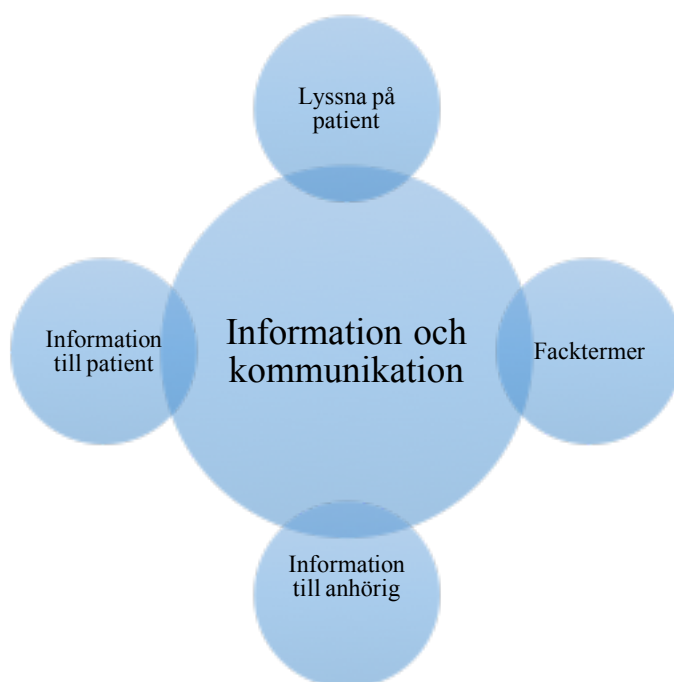
Även det fysiska avståndet till hälso- och sjukvården beskrevs av många intervjupersoner. Ett kortare avstånd var att föredra men inte avgörande för vårdval eller hur vårdåtagandet upplevdes. Hembesök var flera intervjupersoner positiva till och önskade detta främst på grund av långa väntetider samt svårigheterna att ta sig till sjukhusen som äldre. Den rumsliga tillgängligheten var desto viktigare. De som valt en primärvårdsenhet med en tillgänglighetsanpassad byggnad var mycket entusiastiska över denna del av verksamheten. En intervjuperson beskrev sin nuvarande vårdcentral som har en ingång för 70+ som är anpassad för äldre.

“Allt är beläget på första våningen och det är inte svårt att röra sig där. Det går att stanna precis utanför med bil “

(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

4.2.5 Information och kommunikation

Inom information och kommunikation finns fyra viktiga aspekter som kommer beröras. Dessa redovisas i figur 6.



Figur 6. De fyra berörda aspekterna inom information och kommunikation.

En viktig aspekt som en stor del av intervjupersonerna uttryckte var vikten av att ha en läkare som lyssnar. Många uttryckte en frustration när läkare inte lyssnat eller trott på det de sa. En intervjuperson beskrev hur *“tårarna sprutade”* när hen till slut blev trodd och fick den vård hen hade bett om i nästan ett år. Detta då skadan hos intervjupersonen inte syntes och därmed var beroende av hens upplevelser, något som flertalet läkare inte tagit till sig under en längre tid. En annan intervjuperson pratade om att hen uppfattade att överläkare såg sig själva som *“suveräner”* som är *“ofelbara”* och därmed vet bättre än patienten vilket resulterade i att hens åsikt inte blev hörd. En intervjuperson som efter flertalet dåliga erfarenheter med läkare på Sahlgrenska som inte lyssnade, tappade helt förtroende för sjukhuset.

”Sahlgrenska är botten”

(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

Användandet av facktermer ansågs även vara problematisk. Flera intervjupersoner ansåg att användandet av facktermer gjorde att de ibland inte förstod vad läkaren sa eller blev oroliga att deras åkomma inte togs på tillräckligt allvar. Ett exempel på detta är då ordet *’ofarlig’* användes i förhållande till *’tumör’* vilket gjorde intervjupersonen orolig. I efterhand förstod personen att tumören var ofarlig i cancerkontexten men att den ändå togs på allvar i sammanhanget att den satt på hjärnan och behövde opereras bort. Detta var något intervjupersonen inte fick reda på från början. Därmed ökade osäkerheten i vårdprocessen som intervjupersonen ansåg kunde förhindras genom ett tydligare språk anpassat till patienten.

En brist i vården ligger även hur vårdpersonal kommunicerar information till patienter. Ett stort antal intervjupersoner beskrev situationer då de inte fått den information de behövde angående medicinering, uppföljning och behandling. Detta ledde till extra arbete för intervjupersonerna i form av att de behövde ta reda på denna information på egen hand. De behövde även söka upp vårdpersonal för att få svar på saker som vårdpersonalen egentligen skulle kontaktat dem för. En intervjuperson förklarade även att en läkare avrådde vidare sökning av information då läkaren ansåg att hens tillstånd ändå var obotlig. Detta ledde till en stor frustration och oro då intervjupersonen knappt visste vad det var som var fel. Många intervjupersoner uttryckte även att de upplevde en ökad osäkerhet då vårdprocessen blev otydlig när vårdpersonal inte informerade om vad som skedde och varför.

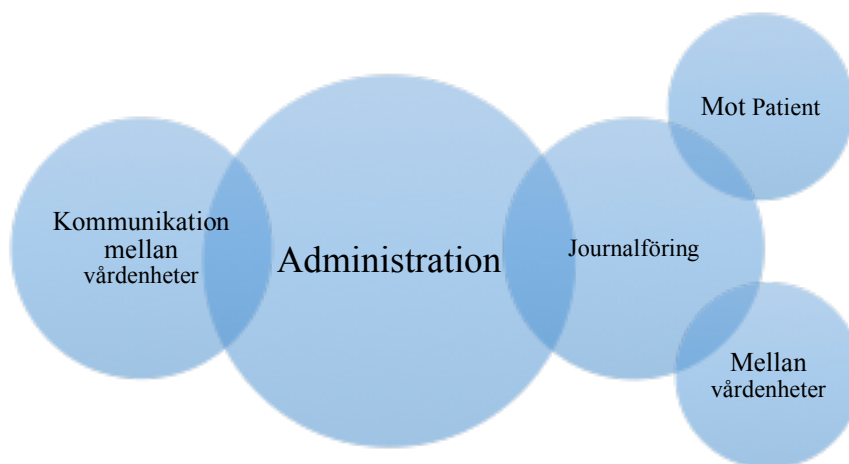
Ytterligare en aspekt som berördes under intervjuerna var anhörigperspektivet. Flera intervjupersoner uttryckte en önskan om att låta anhöriga få ta del av informationen som patienten får ta del av.

”Som anhörig går du ju och tänker på vad som händer, ‘kommer jag se den här personen nästa dag?’, ‘hur ska det gå med ekonomin?’, och så vidare. De [anhöriga] har det värre. Det är otroligt viktigt att engagera och berätta för de anhöriga. Jag vet ju att jag blir omhändertagen på något sätt, även om det varit lite krokigt på vägen ”
(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 27 mars 2018)

Enligt intervjupersoner kan konsekvensen av att anhöriga inte informeras, leda till att anhöriga ibland kan börja dra egna slutsatser om patientens tillstånd, som i många fall är värre än hur verkligheten ser ut. Detta orsakar onödigt lidande för den anhöriga. En annan uttryckte en önskan att läkare ska lyssna mer på den anhöriga angående sjukdomstillstånd. Ibland är patienten för sjuk för att kunna tala för sig och då ansåg hen att det är viktigt att låta den anhöriga få tala och ta del av vårdprocessen.

4.2.6 Administration

Inom administration finns två aspekter som kommer beröras. En av dessa aspekter kommer även redovisas utifrån två perspektiv. Dessa redovisas i figur 7.



Figur 7. De två berörda aspekterna inom administration.

Journalföring är en aspekt som många intervjupersoner berörde. Som patient ansåg en stor andel intervjupersoner att det där fanns brister. En av dessa brister var att även om journal fördes och fanns tillgänglig för läkare, användes den inte. Flertalet intervjupersoner hade därmed börjat föra egna journaler som de alltid hade med sig. En intervjuperson valde att börja alla läkarbesök med en utfrågning för att säkra att läkaren hade läst journalen.

Några intervjupersoner reflekterade kring hur journalföringen fördes. En intervjuperson ansåg att den innehöll för mycket information för att en ny läkare skulle hinna läsa igenom allt och ta till sig det. Därmed föreslog intervjupersonen att journaler borde ha en kort sammanfattning med de viktigaste diagnoserna inkluderade.

Förutom att läkare inte hinner använda journalerna ansåg även många intervjupersoner att den inte används på ett korrekt sätt. Diagnoser som i efterhand visat sig vara felställda står kvar och orsakar problem vid medicinering och diagnostisering av nya sjukdomar. Andra berättade om journaler som inte innehöll all viktig information som behövdes där patienten varje gång behövde redogöra för läkaren kring diagnoserna hen hade.

Journalsystemet ansågs även vara problematiskt vid de tillfällen intervjupersoner behövde söka vård mellan olika vårdenheter. Vårdenheter hade inte tillgång till varandras journaler och systemen var inte kompatibla. En intervjuperson uttryckte ett missnöje kring Patientdatalagen, som innebär att läkare måste be om lov för att få hantera en journal (SFS 2008:355).

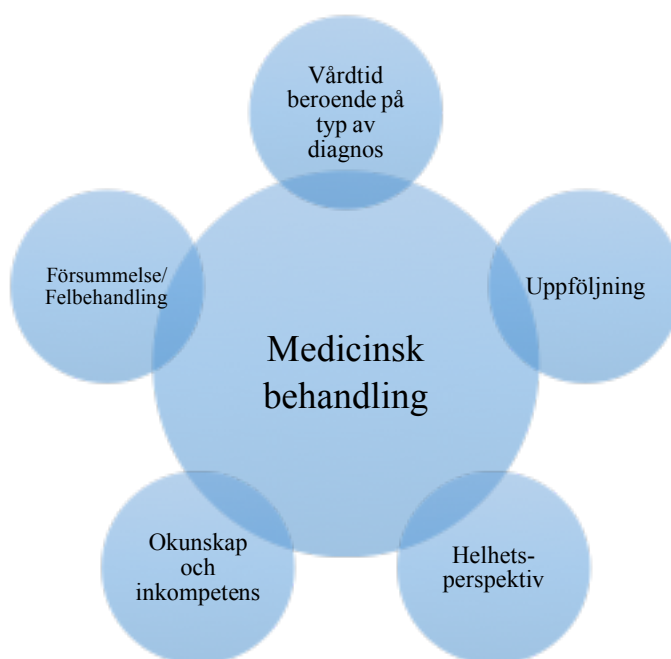
”Det är absurt! Söker man för något borde läkaren få så mycket information som möjligt!”
(anhörig till multisjuk äldre, personlig kommunikation, 3 april 2018)

En annan intervjuperson beskrev problematik då hen behövde söka vård i ett annat landsting. Då systemen inte var kompatibla mellan landstingen behövde hen hämta ut en utskriven version av journalen från sjukhuset i det ena landstinget för att fysiskt transportera det till sjukhuset i det andra landstinget. Dessa två intervjupersoner tillsammans med andra intervjupersoner uttryckte en önskan om ett centraliserat journalsystem som alla vårdenheter i Sverige ska ha tillgång till.

Utöver journalerna uttryckte intervjupersoner problem kring den allmänna kommunikationen mellan vårdenheter. En intervjuperson berättade om en incident där hen gjorde en provtagning på en avdelning på Sahlgrenska som skulle skickas till en annan avdelning där. Då kommunikationen brast mellan avdelningarna där ingen ville ta ansvar för remissvaret, försvann det. Detta resulterade enligt intervjupersonen att hen själv fick *”jaga ikapp det”*. En liknande situation uppstod då en annan intervjuperson, efter en undersökning på en vårdenheter, skulle få en kallelse från en annan vårdenheter. Kallelsen kom aldrig då kommunikationen brast mellan enheterna. Sammantaget ansåg flertalet intervjupersoner att det brister i kommunikationen mellan vårdenheter vilket resulterat i långa väntetider, borttappade remissvar, uteblivna kallelser och uppföljningar samt ökat ansvar hos patient som behövt lösa problemen på egen hand.

4.2.7 Medicinsk behandling

Inom administration finns fem aspekter som kommer beröras. Dessa redovisas i figur 8.



Figur 8. De fem berörda aspekterna inom medicinsk behandling.

Av de intervjuade påpekade flera att tiden att få vård beror på vilken typ av diagnos personen hade vid tillfället då denne sökte vård. De beskriver hur de fick snabb vård då de hade allvarliga tillstånd eller tydliga, välkända eller vanligt förekommande symtom. Detta gällde

både vid besök på akuten och då vårdcentralen remitterat till akuten. En av intervjupersonerna nämnde även hur det vid ett allvarligt tillstånd gick väldigt snabbt från vårdcentral till operation.

"När jag hade hjärtproblem och var på akuten, då fick jag inte vänta. De gick ner från hjärtkliniken till akuten och hjälpte mig direkt"

(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

Under en av intervjuerna beskrev intervjupersonen hur hen känt sig frustrerad över att enkelt åtgärdade tillstånd tar mycket lång tid att få åtgärdat. Samma person beskrev hur dessa tillstånd nedprioriteras, trots att de kan vara mycket plågsamma, och att det är frustrerande att behöva vänta länge med hög smärta, då de enkelt och snabbt kan åtgärdas.

"Kom ett par gånger hit till akuten innan jag fick katetern för att jag inte kunde kissa, fick väldigt ont, men det var ingen sjukvårdspersonal som tog hänsyn till det. Så jag fick vänta, och då blev jag arg, [...]. De måste veta att det är plågsamt. Det är ju så lätt att fixa. Det är gjort på 10 röda sekunder. Det är bara att tränga in en kateter i urinblåsan, det är ju inte konstigt. Hur lätt som helst."

(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

Några av intervjupersonerna har lämnat svar knutna till hur vården saknar ett helhetsperspektiv på patienten. Svaren rörde upplevelser om att specialister inte arbetar holistiskt, att de inte har kunskap om övriga delar av patientens sjukdomsbild som inte direkt rör just deras specialinriktning. En intervjuperson beskrev hur det dröjde lång tid innan en anhörig fick sin demensdiagnos, då läkaren inte hade en holistisk syn och inte involverade patienten tillräckligt.

Andra intervjupersoner beskrev positiva upplevelser då läkaren tagit andra aspekter i beaktning under behandlingen, inte enbart de medicinska. Exempel på detta är då läkare beaktat viktiga nöjen hos patienten eller försökt lugna stora rädslor. En intervjuperson uppskattade särskilt när läkaren ansträngde sig för att ordinera en medicin som möjliggjorde för intervjupersonen att fortsätta dricka konjak under behandlingen, något hen inte kunde tidigare då biverkningarna av behandlingen försvårade det. En annan talade gott om då läkaren tagit hänsyn till intervjupersonens fobi för sprutor.

En återkommande aspekt under intervjuerna var sjukvårdspersonalens kompetens. En intervjuperson berättade hur personalen på 112 lämnade felaktiga instruktioner som ledde till bestående men. Förutom själva medicinska kompetensen hos sjukvårdspersonalen, berörde kritiken även bemötandet av demenssjuka. En intervjuperson tog upp en situation då en ögonläkare inte visste hur denne skulle agera vid ett epileptiskt anfall, och istället bad intervjupersonen om hjälp.

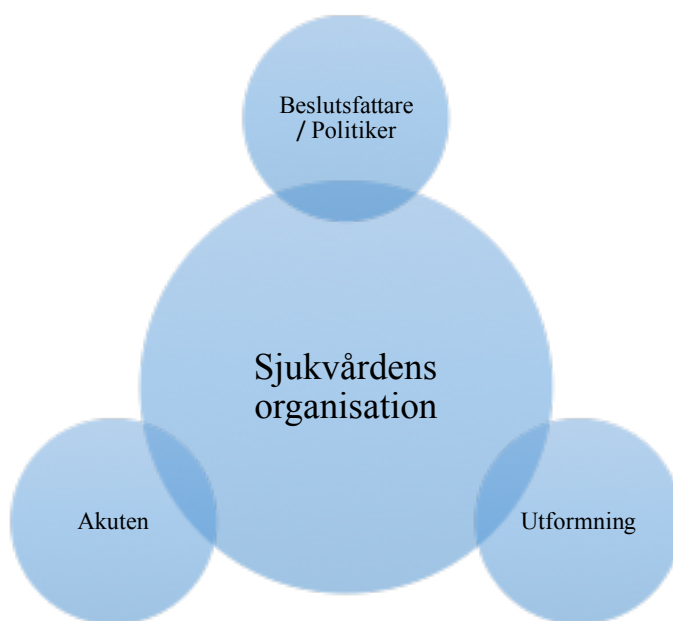
"[...] detta orsakade ett epileptiskt anfall. 'Vad är det som händer nu?', frågade läkaren. 'Du får vänta, han har fått ett epileptiskt anfall.' Läkaren svarar: 'Men jag har ju andra patienter', jag svarade 'Ja, men vad ska jag göra? Han har ju ett EP-anfall'. Nej, han [läkaren] hade ingen aning om vad som hände eller vad han skulle göra. 'Vad är det som händer nu?, Vad gör vi nu?' sa läkaren"

(anhörig till multisjuk äldre, personlig kommunikation, 3 april 2018)

En återkommande aspekt hos många av de intervjuade var felaktiga behandlingar eller att de, eller någon anhörig, blivit utsatt för försummelse. Detta med varierande grad av konsekvenser. Vissa intervjupersoner nämnde underbemanning och stressad personal som en orsak till varför de blivit felbehandlade. En intervjuperson beskrev att en utebliven utredning ledde till att dennes tillstånd gick obehandlat i 18 år. Andra beskrev försummelse i form av sen eller helt utebliven uppföljning.

4.2.8 Sjukvårdens Organisation

Inom sjukvårdens organisation finns tre aspekter som kommer beröras. Dessa redovisas i figur 9.



Figur 9. De tre berörda aspekterna inom sjukvårdens organisation.

Intervjupersonerna uttryckte ett missnöje med de personer som fattar besluten kring sjukvårdens organisation. Ett gemensamt tema i dessa åsikter var att intervjupersonerna ansåg att politiker inte har tillräckligt med kännedom kring hur sjukvården verkligen fungerar. Några ansåg att politiker behandlas annorlunda i vården och därmed aldrig får uppleva vårdköerna och problemen som övriga invånare får göra. En intervjuperson ansåg även att politiker inte har tillräckligt med kompetens inom sjukvården och att personer som har det, alltså sjukvårdspersonal, inte har någon makt att påverka. Då det är sjukvårdspersonal som patienter har kontakt med i vårdsammanhang ansåg en intervjuperson att, även om hen framförde åsikter och förbättringsförslag till sjukvårdspersonalen, gav det ingen effekt.

Akuten är ett område som intervjupersoner ansåg behöver förändras. De beskrev långa väntetider, stressad personal och underbemanning. En intervjuperson beskrev även att hen behövde gå via akuten då hen flyttades från ett sjukhus i ett annat landsting efter behandling. Detta trots att hen inte behövde undersökas av läkare utan endast behövde slussas vidare till rätt vårdenhets. En liknande erfarenhet hade en annan intervjuperson som trots remiss från vårdcentral ändå behövde gå via akuten.

Några intervjupersoner ansåg att det är många personer som går till akuten som egentligen inte behöver söka vård där. Därmed hade en intervjuperson förslaget att ha vårdpersonal som på en gång ska avgöra om patienten är på rätt plats.

Slutligen är det många intervjupersoner som uttryckte en önskan om att centralisera vårdssystemet. Framförallt vad gäller journalföring då detta har skapat problem för många av dem eller för deras närstående.

5 Analys

I detta avsnitt analyseras studiens tre frågeställningar.

5.1 Hur förhåller sig Västra Götalandsregionens nuvarande plan för implementation av nära vård till patientcentrerad vård?

I detta delkapitel presenteras planerna Västra Götalandsregionen har tagit fram i *Omställningen*. Därefter analyseras planen utifrån studiens definition av patientcentrerad vård.

5.1.1 Västra Götalandsregionens omställning till nära vård

Följande områden som omställningen till nära vård har fokuserat på i sin plan, som har redogjorts i studiens bakgrund och resultat, illustreras i tabell 5.

Tabell 5. Områden som omställningen till nära vård har fokuserat på i sin plan.

Värdeskapande och personcentrerad vård	Den vård invånaren behöver ofta ska finnas nära	Bygga specialistsjukhus
All vård syftar till att skapa värde utifrån invånarnas behov och förutsättningar	Vården erbjuds i form av inbjudande och lättillgängliga vårdbyggnader, i hemmet och via digitala vårdtjänster	Specialistcentrum, brett utbud av öppen specialiserad vård i samarbete med primärvården
Dialogen är god och invånarna är medskapare och tar ansvar för sin hälsa	Det är lätt att komma i kontakt med vården, både fysiskt och digitalt	Dagkirurgiska centrum, ta över många dagkirurgiska operationer från akutsjukhusen
Trygg vård	Effektiv och flexibel vård	Samordnad vård
Vården har hög kvalitet och är säker. Tillgängligheten är god och väntetiderna är korta	Tid med patienten möjliggörs genom effektiva och sammanhållna vårdkedjor. Vårdens professioner kan renodla patientarbete som ett resultat av god service och väl fungerande försörjning	Vården kännetecknas av kontinuitet som bygger på samverkan mellan vårdens aktörer
Det är lätt att få information om vårdens kvalitet och att delta i förbättringsarbetet, både som invånare och medarbetare	Framtida vårdbehov kan omsättas i sjukhusen utan ombyggnationer eftersom lokaler och stödprocesser är standardiserade för att möta föränderliga behov	Utveckling, sammanhållen vårdinformation och arenor för gränsöverskridande samarbete är utgångspunkter

5.1.2 Patientcentrerad vård

Västra Götalandsregionen ska införa ett patientcentrerat arbetssätt i alla förändringsled. Därför kommer nära vård att analyseras utifrån de olika definitionerna av patientcentrerad vård för att avgöra hur patientcentrerad *Omställningen* egentligen är.

Patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning (Docteur & Coulter, 2012, s.52)

Ett kriterium för patientcentrerad vård är att patienten ska få ta del av information för att själv kunna förstå och delta i utformandet av sin egen vård (Docteur & Coulter, 2012). I

Omställningen och därav Göteborgssjukvården är det tydligt att patienten själv ska kunna ha koll på sin egen vård genom att få information och utbildning. Göteborgssjukvårdens primära mål är att inkludera patienten i sina egna vårdprocesser. Genom att integrera ett patientcentrerat arbetssätt söker projektet att tillgodose patienters medverkan genom information, teknik och utbildning (VGR, 2016a). Patienten ska själv kunna påverka vilka kompetenser som ska delta i vården och vem som får ta del av patientens data och planering av fortsatt vård. Mobila team ska även införas (VGR, 2017b). I Skaraborg tillgodoser de mobila teamen behovet genom att ett team kommer hem till patienten och involverar patienten samt anhöriga i vården som ges (Byström, 2018). Omställningen till nära vård bör därför sträva efter att de mobila teamen ska fungera på samma sätt.

Med hjälp av digitaliseringen kommer informationen bli mer lättillgänglig för patienter och de kan därmed få ta del av information gällande deras egna vård. Målet med detta är att invånarna ska bli mer insatta i sin egna vård och kunna tycka till (VGR, 2017b).

Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar (Docteur & Coulter, 2012, s.53)

Patientcentrerad vård handlar också om att patienten ska bemötas på ett sådant sätt att personen upplever att sina behov, önskemål och tillstånd tas i beaktande. Patienten ska även behandlas med respekt och ska få vara med i beslutfattandesituationer (Docteur & Coulter, 2012). *Omställningen* och Göteborgssjukvården kommer genom den nära vården att ha mobila team som tar patientens tillstånd i beaktande och kommer hem till patienten för att uppfylla hens behov och önskemål. Då patienten kommer bli mer delaktig i sin egenvård genom att få tillgång till stöd och redskap, kommer patienten därmed kunna få vara med i beslutfattande situationer (VGR, 2017b). Via det patientcentrerade arbetssättet avser Göteborgssjukvården att ett aktivt vårdmöte med patienten i centrum ska medföra bättre tillgång till patientdata, som enligt konceptprogrammet räknas som en förlängd del av patienten (VGR, 2018b). Bättre patientkännedom och hur deras behov, preferenser och värderingar är definierade kan främst fås genom ett vårdteam som lyssnar på patienten (VGR, 2018b).

Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg (Docteur & Coulter, s.53)

En annan aspekt av patientcentrerad vård är att samordning och kontinuitet ska säkerställas samt att en bättre sjukdomsbild av patienten ska fås (Docteur & Coulter, 2012). Detta har *Omställningen* och Göteborgssjukvården tänkt bemöta genom att ha mobila team, som kommer ha bättre patientkännedom samt att vårdenheter ska koncentreras och samordnas (VGR, 2017b; VGR, 2016a). Att koordinera vårdinsatser och samordna patientens vård är ett av effektmålen som nära vård avser uppnå genom mobila team samt bland annat genom bättre samarbete med primärvården (VGR, 2016a). Koncentreringen av vården ska leda till en sömlös vård, där det ska blir lättare för en patient med flera olika vårdbehov att få hjälp, samt att de olika enheterna ska ha tillgång till information om patienten (VGR, 2017b).

Informationen kommer att kunna delas mellan de olika vårdenheterna när det nya digitala journalsystemet är klart (VGR, u.å.). Då kontinuiteten kommer att bli bättre för patienten (VGR, 2017b), kan det även underlätta för läkarna då de får en bättre sjukdomsbild av patienten. Genom digitala vårdprocesser ska vården för patienten samordnas i specialistsjukhusen och integreras med vårdcentraler (VGR, 2016a).

Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska behov (Docteur & Coulter, s.54)

En aspekt av patientcentrerad vård, som inte uppmärksammats av Västra Götalandsregionens omställning till nära vård, är problematiken kring hur patienter ofta behandlas med ett sjukdomscentrerat arbetssätt samt att patienter inte ses ur ett holistiskt perspektiv (Docteur & Coulter, 2012). En patient har ofta många andra behov som behöver bemötas såsom rädsla för behandling, psykologiska och känslomässiga problem samt annat som inte är direkt korrelerat med sjukdomen (Docteur & Coulter, 2012). Enligt H. Almgren (personlig kommunikation, 27 mars 2018) ska Göteborgssjukvården jobba proaktivt med patientperspektivet, det vill säga att de bland annat ska jobba hälsofrämjande. Trots detta har inte Göteborgssjukvården specifikt berört ämnet kring det icke-medicinska behoven, det vill säga att de inte berört huruvida patienten ska ses med ett holistiskt synsätt. Däremot ämnar projektet att, med införande av ett kunskapscentrum i specialistsjukhusen, kunna skapa ett patientunderlag för forskning, utveckling och utbildning (Almgren, 2016). Kunskapscentrumet ska utgöra en bas för att generera kunskap och samla vårdbehov för att kunna utgå från ett helhetsperspektiv när det kommer till patientvård (VGR 2018b). Patienten ska vara en del av detta kunskapscentrum (VGR 2018b) vilket i framtiden kanske kan innebära att icke-medicinska behov identifieras lättare och tas i beaktande.

Involvering av familj och närstående i vården enligt patienternas önskemål (Docteur & Coulter, s. 54-55)

Det sista kriteriet av patientcentrerad vård är att anhöriga ska få delta i beslutsfattandesituationer och inte bara medverka under möten och behandlingar (Docteur & Coulter, 2012). Detta är något som *Omställningen* och Göteborgssjukvården inte konkretiserat fullt ut. Det är möjligt att det patientcentrerade arbetssättet som *Omställningen* ska tillämpa (VGR, 2017b), kommer kunna ta tillvara på patientens önskemål kring vilken grad anhöriga ska vara involverade och delta i beslutsprocesser.

Det är viktigt att belysa att det saknas en konkret plan för anhörigas rätt till deltagande i vårdprocessen. Då många multisjuka äldre har mycket lite energi (Eckerbland et al., 2015) skulle detta kunna begränsa deras möjlighet att vara aktiva vårdtagare. Utan en anhörig som kan föra en sådan patients talan försummas vikten av de andra kriterierna då patientens möjlighet att påverka minimeras. Ett patientcentrerat arbetssätt skulle i många delar av vården innebära en stor förändring.

Analysen av *Omställningen* i Västra Götalandsregionen påvisar hur de kunnat fånga upp en del av de kriterier som identifierats av Docteur och Coulter (2012). Två av kriterierna behandlas inte djupgående av *Omställningen* och detta kan medföra brister i den patientcentrerade vården. S. Määttä (personlig kommunikation, 6 april 2018) informerade dock att *Omställningen* är ett pågående arbete, en process som preciseras mer och mer. Det

kan därför tänkas att dessa två kriterier kommer bemötas när ett patientcentrerat arbetssätt tas i bruk.

Det kan därmed fastställas att Västra Götalandsregionens omställning till nära vård är på god väg mot en patientcentrerad vård. Dock brister det vid två kriterier. Därmed anser studiens författare att det är av stor vikt att *Omställningen* lägger större fokus på ett helhetsperspektiv som fångar medicinska och icke-medicinska behov samt delaktighet av anhöriga.

5.2 Hur ser det upplevda vårdbehovet ut hos multisjuka äldre patienter i Västra Götalandsregionen?

Resultatet analyserades utifrån Liss modell (2003) av behov, där behovet uttrönades utifrån det nuvarande tillståndet och det avsedda tillståndet. I vissa fall berättade intervjupersonerna själva behovet de ansåg att de hade. Vid dessa tillfällen var det särskilt intressant att analysera vilket nuvarande tillstånd intervjupersonen hade och vilket avsett tillstånd hen avsåg. Detta för att analysera alternativa behov som uppnår det avsedda tillståndet, möjligtvis behov som intervjupersonen inte själv tänkt på.

Efter analys identifierades 8 huvudsakliga områden som behoven föll under. De behov som tillhör respektive område sammanfattas i tabell 6.

Tabell 6. Kort sammanfattning av alla identifierade patientbehov.

Tröskeln in i vården	Dialogen mellan patient och vårdgivare	Patientens möjlighet att påverka vården	Kontinuitet
Vårdpersonal ska vara tillgänglig då de eftersöks av patient.	Anpassa språket till patienten	Ge patient mer inflytande i sin vårdprocess	Endast en läkare med övergripande ansvar för patienten under hela vårdprocessen
Kortare väntetider	Ingen information ska utebli	Beslutsfattare ska vara mer insatta i sjukvården	Förbättrad journalföring
Ökad kommunikation och information till patient	Vårdgivare bör lägga större vikt vid patientens egna beskrivning av tillståndet	Förbättrad kunskap och kompetens hos vårdgivare	Vården ska vara konsekvent
Hembesök	Viktigt att vårdpersonal tar hänsyn till rädslor, önskemål och andra icke-medicinska behov		Slippa bli runtskickad innan fastställande av diagnos
			Inte bli försummad bortglömd eller bortprioriterad

Administration	Anhöriga	Akuten	Privat vård
Bättre administration mellan vårdenheter och avdelningar	Inkludera anhöriga i vårdprocessen	Minska antal personer som söker sig till fel vårdnivå	Privat vård mot offentlig vård
Bättre administration mellan landsting		Prioritera patienter i kö med hög smärta och snabb behandlingshastighet	

5.2.1 Tröskeln in i vården

Tröskeln in i vården upplevdes vara hög enligt intervjupersonerna, i avseendet att det var svårt att komma i kontakt med vårdpersonal samt att väntetiderna var långa. Flertalet av intervjupersonerna hade en önskan om att alla ska få en mer lättillgänglig vård och denna önskan resulterade i flera vårdbehov. Ett av dessa var att sjukvårdspersonal ska vara tillgänglig då de eftersöks av en patient. Varför sjukvårdspersonal inte är tillgänglig kan bero på flertalet faktorer. Om vård söks på morgon, kväll eller natt är vården underbemannad vilket kan leda till att personal inte hinner vara tillgänglig för alla, dessutom är personalen ofta överbelastad och stressad vilket kan vara en bidragande faktor (SOU 2016:2).

För att uppnå en mer lättillgänglig vård behöver även det nuvarande tillståndet med långa väntetider åtgärdas. Detta skulle kunna innebära ett behov av att öka resurserna för sjukvården i form av fler läkare. Dock är problemet mer komplext än så. Enligt *Effektiv vård* (SOU 2016:2) finns det flertalet sätt att åtgärda problemet med de långa väntetiderna. Några exempel är via lagstiftning, regelverk, omorganisering samt ökad kommunikation och administration (SOU 2016:2). Ökad kommunikation och information till patient är ett behov som identifierades som en potentiell lösning till de långa väntetiderna samt en lösning intervjupersonerna själva föreslog. Detta stämmer väl överens med patientcentrerad vård där patienten ska få agera som medaktörer i vården genom bland annat kommunikation (Docteur & Coulter, 2012). Genom att bli informerad om väntetiden blir det möjligt för patienten att påverka sitt vårdval och vårdprocess genom att exempelvis byta vårdenhet.

Att söka vård anses idag vara besvärligt då det kräver ork och energi, något som även här bidrar till en hög tröskel in i vården. Behovet som identifierades för de patienter som är för sjuka för att orka eller ha möjlighet att ta sig till en vårdenhet är hembesök. *Effektiv vård* (SOU 2016:2) beskriver att multisjuka äldre uppfattar transporter till och från vårdenheter som påfrestande och att hembesök därmed minskar denna påfrestning då vården kan fås direkt i hemmet. Detta understryker intervjupersonernas upplevelser att hembesök är ett relevant och viktigt behov.

Utifrån Grönroos (1984) uppdelning kan tidigare nämnda behov alla samlas under konceptet om funktionell kvalitet. De berör inte vårdbehandlingens kvalitet i sig, utan upplevelser av kringliggande tjänster. Intervjupersonerna har berört en upplevd svårighet att ta sig in i vården, långa väntetider samt att det i sig var besvärligt att söka vård på grund av brist på energi. Dessa faller även in under Dagger et al.:s (2003) administrativa kvalitet.

5.2.2 Dialogen mellan patient och vårdgivare

I det avsedda tillståndet förväntas kommunikationen mellan patient och läkare vara tydlig och förmedla tillräckligt med information. Intervjupersonernas bild av nuvarande tillstånd når däremot inte upp till avsett tillstånd. Problemen med det nuvarande tillståndet är att information missförstås eller uteblir då patient saknar tillräckligt med information om sitt tillstånd, sin vårdprocess och sin behandling. När intervjupersonerna missförstått information har detta skett på grund av vårdpersonalens användning av medicinska facktermer. Här finns således ett väldefinierat behov av att läkarens språk ligger nära patientens, alternativt att det medicinska språket bättre förankras hos befolkningen. Detta knyts samman väl med patientcentrerad vård, då en patient måste få all den information som krävs för att kunna fatta ett informerat beslut och därmed kunna påverka sin vårdprocess (Docteur & Coulter, 2012). Även om informationen förmedlas till patienten är den inte användbar om ett språk används som patienten inte förstår.

Behovet som behöver uppfyllas för att information inte ska utebli är däremot inte lika tydligt. Utifrån intervjupersonernas återberättelser är det inte möjligt att avgöra ett entydigt skäl till att information uteblivit. Tre möjliga tolkningar är: att intervjupersonen valt att inte ställa frågor de velat få besvarade, inte fått tillfredsställande svar på sina frågor eller att patienten under mötet med läkaren inte kunnat formulera alla frågor de velat få besvarade. Vid närmare analys beror alla tolkningar av såväl intervjupersonernas som läkarnas agerande. Baserat på svaren från intervjuerna, skulle den första tolkningen kunna förklaras genom att intervjupersonerna medvetet valt att inte ställa frågor, på grund av att de har en uppfattning av hög stressnivå samt överbelastning hos vårdpersonalen. Intervjupersonernas bild av en hårt belastad hälso- och sjukvård skulle kunna medföra att patienten åsidosätter sitt eget behov av information, då de förutsätter att de inte kommer kunna få svar.

Behovet av information stämmer väl in på patientcentrerad vård där kommunikation och information till patient är viktigt för att ge patienten möjlighet att forma sin vårdprocess (Docteur & Coulter, 2012).

Ännu ett behov som faller under patientcentrerad vård samt vikten av kommunikation och information till patient, är att vårdgivare bör lägga större vikt vid patientens egna beskrivning av sitt tillstånd. Detta då patientcentrerad vård handlar om att låta patienten vara med och påverka vårdprocessen (Docteur & Coulter, 2012). För att patienten ska ha möjlighet att göra detta är det av stor vikt att läkaren är lyhörd och lyssnar på patienten (Docteur & Coulter, 2012).

Ur patientcentrerad vård beskrivs att det är viktigt att vårdpersonal har en helhetssyn på patienter vad gäller både medicinska och icke-medicinska behov (Docteur & Coulter, 2012). Helhetssyn är en aspekt som tydligt berördes av intervjupersonerna där de uttryckte att det är väldigt viktigt att vårdpersonal tar hänsyn till rädslor, önskemål och andra aspekter som inte nödvändigtvis är direkt knutna till sjukdomen. Detta är viktigt då det kan leda till en mer positiv vårdupplevelse om dessa icke-medicinska aspekter tas i beaktande (Docteur & Coulter, 2012).

De nämnda behoven under denna rubrik berör alla vårdens funktionella kvalitet, enligt Grönroos modell (1984), och under Dagger et al.:s (2003) intrapersonella kvalitet och administrativa kvalitet.

5.2.3 Patientens möjlighet att påverka vården

Intervjupersoner upplevde även en svårighet med att kunna påverka sin sjukvård. Det avsedda tillståndet är att på ett enkelt och tydligt sätt kunna påverka sin sjukvård. Det behov som har identifierats är att ge patienten mer inflytande i sin vårdprocess vilket är tydligt sammanlänkat med patientcentrerad vård där patient ska ha möjlighet att, till sin bästa förmåga, forma och förändra sin vårdprocess (Docteur & Coulter, 2012). Därför kräver det att läkare är lyhörda och tar till sig den information och kritik som patienter framför (Docteur & Coulter, 2012).

Ett större inflytande över sin egen vårdprocess berör Grönroos (1984) tekniska kvalitet i det avseende att ökad delaktighet i vårdprocessen som en del av patientcentrering leder till mer positiva resultat av vården (Docteur & Coulter, 2013).

En aspekt som ligger utanför studiens omfattning men som ändå är intressant att ta upp är att intervjupersoner uttryckte ett missnöje med politikerna som formar och förändrar sjukvårdssystemet. Det avsedda tillståndet för dessa intervjupersoner är att beslutsfattare ska vara mer insatta i sjukvården, hur den fungerar och vilka brister som finns, för att kunna ta välinformerade beslut. Behovet i detta sammanhang skulle kunna vara olika saker. Att utbilda politikerna är ett alternativ. Dock är sjukvårdssystemet stort och komplext vilket skulle kunna medföra att det blir alldeles för resurskrävande. Ett annat alternativ är att ge sjukvårdspersonal mer inflytande. Utifrån Grönroos modell (1984) kan dessa beskrivningar kopplas till en negativ övergripande image av sjukvården och dess organisation. En negativ image kan negativt påverka både funktionell och teknisk kvalitet, trots att dessa i sig varit positiva upplevelser (Grönroos, 1984).

Ett nuvarande tillstånd som anses ligga utanför studiens scope är att intervjupersoner upplevde okunskap och dålig kompetens hos några vårdgivare. Detta är en väldigt individuell problematik som skiljer sig från vårdgivare till vårdgivare. Det kan även bero på ett allmänt bristande förtroende för sjukvårdssystemet, även om vården administrerats på ett korrekt sätt kan intervjupersonen ha en dålig inställning. Detta kan knytas till Grönroos koncept (1984) om image. Även om läkaren utfört bra vård för en patient kan en dålig image hos patienten av svensk sjukvård göra att inställningen gentemot vårdgivaren varit negativ från start. Därmed kan detta ha bidragit till att små fel kan ha förstörats. Det är ett intressant ämne som bör undersökas närmre. Dåliga upplevelser av själva vårdbehandlingen berör enligt Grönroos modell (1984) tekniska kvalitet.

5.2.4 Kontinuitet

I dagsläget finns det brister inom kontinuiteten enligt multisjuka äldre. Ingen har i dagsläget det övergripande ansvaret för en patient, vilket leder till flertalet olika läkare som är i varierande grad insatta i patientens diagnoser och tillstånd. En av grundpelarna inom patientcentrerad vård är samarbete och koordinering mellan vårdpersonal och vårdenheter som ska leda till kontinuitet i vårdprocessen för patienten (Docteur & Coulter, 2012). Intervjupersonerna uttryckte själva ett behov av att endast ha en läkare med det övergripande

ansvaret för hela vårdprocessen. Kontinuitet, enligt *Effektiv vård* (SOU 2016:2), inger trygghet för patienten samt en effektivitetsökning för vården. Framförallt stämmer detta för de multisjuka äldre som intervjuades, då de ofta har komplexa sjukdomsbilder där någon med en helhetsbild och övergripande ansvar hade underlättat vårdprocessen.

Kontinuitet kan även säkras genom förbättrad journalföring, då en välstrukturerad journalföring bidrar till att nya läkare snabbt och lätt kan sätta sig in i sjukdomsbilden hos patienten (SOU 2016:2). Många intervjupersoner beskrev situationer då läkare inte läst journalen vilket resulterade i bristande förtroende för läkares kunskap om patientens diagnoser. Den dåliga journalinläsningen ansågs av intervjupersonerna vara problematiskt då det resulterade i att patienter kände ett behov av att behöva ställa kontrollfrågor och/eller skapa en egen journal. Dessa resonemang understryker behovet av förbättrad journalföring och även förbättrad användning av journalen. Alternativt bör skälet till varför läkaren inte kunnat eller valt att läsa in sig på den nya patientens sjukdomsbild förmedlas och förklaras.

Intervjupersonerna uttryckte att tillfällen då vårdpersonal inte fullföljt åtaganden resulterade i bristande förtroende. Ett exempel är att ingen kallelse eller uppföljning erhöles trots att en läkare ordinerat det vid behandlingen. Patienten har därmed behov av att vården ska vara konsekvent och se till att åtaganden fullföljs. Ur ett patientcentrerat perspektiv är det viktigt då en utebliven uppföljning innebär att patienten inte informeras och därmed inte har möjlighet att påverka sin vård (Docteur & Coulter, 2012). Enligt Grönroos (1984) finns det en skillnad mellan den förväntade tjänsten och den upplevda tjänsten. Därför är tidigare resonemang även relevant ur ett tjänstekvalitetsperspektiv (Grönroos, 1984). Här förväntade patienterna exempelvis att en kallelse skulle komma men den uteblev, vilket resulterade i en negativ funktionell kvalitet där patienten fick en negativ vårdupplevelse.

Bristande kontinuitet upplevdes även innan diagnos fastställdes. Intervjupersoner beskrev ett nuvarande tillstånd där de skickades runt utan att någon tog ansvar för dem. Den bristande kontinuiteten bidrog till den höga tröskeln in i vården som beskrevs tidigare, där mycket energi och ork krävdes för att fortsätta vårdprocessen.

Intervjupersoner upplevde även problem med att bli försummade, bortglömda eller bortprioriterad under vårdprocessen. Detta hänger samman med problematiken att åtaganden inte fullföljs, som beskrevs i föregående stycke. För att åtgärda dessa problem finns behov av mer tid med sin vårdgivare samt mindre belastad sjukvårdspersonal. Att få mindre belastad personal berördes under rubriken 5.2.1 *Tröskeln in i vården*. Att få mer tid med en vårdgivare är ett komplext problem. För att en läkare ska få mer tid krävs det antingen fler läkare på en vårdavdelning, fler undersökningsrum eller en förändring i hur vården är organiserad, något som bör undersökas vid vidare forskning.

De problem som presenterats kring kontinuitet flyter mellan Grönroos (1984) tekniska och funktionella kvalitetsdimensioner. Vissa intervjupersoner talade om kontinuitet utifrån ett perspektiv av funktionell kvalitet, där avsaknaden av kontinuitet ledde till ett bristande förtroende, ett behov av att behöva upprepa sig, och otrygghet. Andra uttalanden skulle kunna tolkas som att påverka patientens upplevelse av den tekniska kvaliteten. Exempelvis de som rör hur intervjupersoner upplevt att de behövt skriva egna journaler, eller att avsaknad av

kontinuitet kan leda till felbehandling. Dessa uttalanden kan tolkas som att avsaknaden av kontinuitet skapat en ovisshet hos patienten kring hur vården kommer att klara av att leverera rätt vård.

5.2.5 Administration

Att få vård mellan vårdenheter och mellan avdelningar är problematiskt enligt intervjupersonerna. Intervjupersoner upplevde framförallt problem i administrativa ärenden såsom remisser skickade mellan avdelningar. Det uppstod även problem då journalsystemen mellan vårdenheterna inte var kompatibla. Koordinering och samordning av vårdenheter är ett grundläggande kriterium i patientcentrerad vård (Docteur & Coulter, 2012). Brist i kommunikation mellan vårdenheter leder till bristande kontinuitet för patienten. Förutom den otrygghet i vårdprocessen som uppstår hos patienten skapar det även onödiga kostnader i form av exempelvis inställda operationer på grund av brister i remisshantering. Att skapa en förbättrad administration mellan vårdenheter och avdelningar är därmed ett starkt behov hos patienter.

Administrationen brast inte bara då patienter sökte vård mellan vårdenheter utan även då de sökte vård mellan landsting. Det största problemet som detta innebar var att journalsystemen inte varit kompatibla vilket innebär att ett landsting inte kommit åt journaler från ett annat landsting. Intervjupersoner har på grund av detta fått fysiskt transportera utskrivna journaler mellan landstingen. Intervjupersonerna anses ha behov av ett centraliserat journalsystem så att en patient med säkerhet kan veta att alla vårdenheter hen besöker har tillgång till hens journaler. Ett centraliserat journalsystem kan medföra en förenklad vårdprocess när vård behövs i flera landsting.

Intressant med detta vårdbehov är att det grundas i att Sverige är ett väldigt digitaliserat land (VGR, 2017b). Vid analys av behovet utifrån Grönroos modell (1984) betyder det att den förväntade tjänsten är att sjukvården ska vara lika digitaliserad som resten av Sverige. Den uppfattade tjänsten når därför inte upp till förväntningen. Den tekniska kvaliteten blir densamma som om journalsystemet varit digitaliserat, då läkaren i slutändan får tillgång till patientens journal. Den funktionella kvaliteten upplevs däremot som bristande, då läkaren inte får tillgång till journalen per automatik, utan det krävs extra arbete från patienten. I ett land som inte kommit lika långt i digitaliseringen hade den funktionella kvaliteten möjligtvis inte upplevts lika bristande.

5.2.6 Akuten

Akuten är ett område som beskrevs av intervjupersonerna som överbelastad och som en felanvänd resurs. Vårdköerna har redan berörts som ett område som behöver förbättras men utöver det finns behovet att akuten endast bör användas till akuta tillstånd. Idag, enligt intervjupersonerna, är det många som går till akuten som egentligen exempelvis ska besöka en primärvårdsenhet. Detta bekräftas av *Effektiv vård* (SOU 2016:2) som adderar att alla patienter som söker sig fel inte bara bidrar med ökade vårdköer utan även till ökade kostnader, då vård på en akutenhet är mycket dyrare än på en primärvårdsenhet. En intervjuperson identifierade ett behov av att kontrollera på en gång om patienten behöver vara på akuten eller om den kan söka vård på en annan vårdenhet. Detta genom att en läkare vid

ankomst gör en snabb bedömning av tillståndet hos personen. Metoden nyttjats av större danska städer och som nu sprids till resten av Danmark (SOU 2016:2).

Ett ytterligare behov multisjuka äldre har är att först prioritera patienter i kö på akuten utefter livshotande tillstånd, därefter efter smärtgrad och behandlingshastighet. I dagsläget berättade intervjupersoner om tillfällen då de haft hög smärta som lätt hade kunnat åtgärdats men som inte gjordes då de inte prioriterades på akuten. Med förståelse för att livshotande skador måste gå först ansåg patienter att extrem smärta som är lättåtgärdad också borde få en hög prioritering. Detta ingår i patientcentrerad vård där en patients behov, önskemål och situation ska tas i beaktande (Docteur & Coulter, 2012).

Intervjupersonernas svar kring akuten berörde alla Grönroos (1984) funktionella kvalitet, då de i huvudsak endast berörde väntetider. Patienterna verkade även ha en mycket negativ image av akuten, som visas av hur de beskriver den som överbelastad och en felanvänd resurs. Den negativa image kan enligt Grönroos (1984) resonemang, negativt påverka övriga kvalitetsdimensioner på akuten.

5.2.7 Anhöriga

En viktig pelare inom patientcentrerad vård är att anhöriga bör inkluderas i vårdprocessen enligt patientens önskemål (Docteur & Coulter, 2012). Många intervjupersoner uttryckte ett behov av en förbättrad kommunikation med anhöriga från vårdpersonal. En förbättrad kommunikation hade minskat oro för den anhöriga då det ofta är den anhöriga som har energin att ta hand om och planera patientens vård då patienten är för sjuk. Då, tillståndet hos patienten är sådant att hen inte kan ta egna beslut eller inte har förmågan att ta till sig eller komma ihåg information, är det särskilt viktigt. Den anhöriga är då otroligt viktig för patienten och hen behövs för att vården ska gå rätt till.

Kritiken av hur kommunikation med anhöriga bedrivs inom vården relateras till Grönroos (1984) funktionella kvalitet. I vissa fall har anhöriga beskrivit att de upplevt att de behövt bära en stor börda för att försäkra sig om att den sjuke ska få rätt vård, exempelvis genom att som tidigare nämnt, ta reda på information och ta beslut. Detta kan ses som att den anhöriga ser sig ha ett ansvar i att behandling går till korrekt, och på så vis kopplas till upplevelsen av den tekniska kvaliteten. Om patienten och den anhöriga inte kan vara säkra på att vården skulle utförts på rätt sätt utan den anhöriges inblandning, kan synen på själva vårdbehandlings kvaliteten påverkas.

5.2.8 Privat vård

Flertalet intervjupersoner uttryckte även en positiv erfarenhet av privat vård. En av de privata vårdenheterna som ofta togs upp var Västerläkarna som har en 70+ avdelning som var tillgänglighetsanpassad. Varför privat vård anses bättre än offentlig vård är intressant. Genom att applicera Grönroos koncept (1984) kring image kan en möjlig anledning till detta utrönas. Några av intervjupersonerna berättade att de valde Västerläkarna, en privat primärvårdsenhet, efter rekommendation och andra talade om hur högt anseende vårdcentralen hade i Göteborg. Intervjupersonernas uttalanden tyder på att Västerläkarna har en väldigt bra image, vilket stämmer väl in på Grönroos koncept (1984), där image spelar en betydande roll för upplevelsen av tjänstekvaliteten av vården.

Konceptet image kan även appliceras på de tillfällen då intervjupersoner talat om specialister inom olika områden som de blivit rekommenderade. Vid de tillfällena hade specialisten en bra image. En intervjuperson beskrev ett dåligt bemötande hos en sådan specialist men trots detta valde hen att återkomma till specialisten. Här kan det reflekteras över om den positiva imagen specialisten gjorde patienten mer förlåtande kring det dåliga bemötandet.

5.3 Hur förhåller sig multisjuka äldre patienters upplevda vårdbehov till Västra Götalandsregionens satsning på nära vård?

Rapportens tredje frågeställning besvarades genom att undersöka huruvida de behov, som utkristalliserades från intervjuerna med de multisjuka äldre, kan tillgodoses av omställningen till nära vård. Varje behov har analyserats utifrån de lösningar som presenterats i *Omställningen* och i de fall då samma lösning berör flera olika behov, har dessa behov behandlats under samma rubrik.

5.3.1 Behov av inflytande, anpassat språkbruk och mer information under vårdprocessen

I analysen av frågeställning 2 presenterades patienternas behov av mer inflytande över sin egen vård. Det identifierades även ett behov av ett språkbruk som är mer anpassat till patienten, samt ett behov av att få mer utförlig information under vårdprocessen.

Omställningen till nära vård siktar mot att tillgodose dessa tre behov i generella drag. Enligt Västra Götalandsregionen (2017b) ska invånarna få vara mer delaktiga i sin egenvård och egna hälsa genom sjukvårdsupplysning, information och utbildning. I Göteborgssjukvården beskrivs det att det primära målet är att inkludera patienten i sin egna vårdprocess (VGR, 2016a). Projektet söker, genom att integrera ett patientcentrerat arbetssätt, att tillgodose patienters medverkan. Genom information, teknik och utbildning ska detta ske där patienten själv ska kunna påverka vilka kompetenser som ska delta i vården och vem som får ta del av patientens data och planering av fortsatt vård (VGR, 2017b).

Projektets lösning stämmer överens med patienternas behov rörande ökat inflytande över sin egen vård. Behovet av att få mer utförlig information under vårdprocessen antyds till viss del kunna tillgodoses genom resonemanget kring att information och utbildning ska kunna möjliggöra patientens medverkan. Dock är det inte helt tydligt att detta behov kommer att uppfyllas eller framförallt hur det kommer att uppfyllas, då Göteborgssjukvårdens beskrivning är för övergripande och generell.

Vidare skriver Västra Götalandsregionen (2017b) att utbildningen och informationen som ska nå ut till invånarna ska anpassas till deras förutsättningar såsom språk och utbildning. Det finns alltså en tydlig vision om att anpassa språkbruket för att underlätta för patienten att förstå innehållet.

5.3.2 Behov av förbättrad administration mellan vårdenheter och avdelningar

Från intervjuerna har det funnits ett behov av förbättrad administration mellan vårdenheter och avdelningar. Enligt Västra Götalandsregionen (2017b) kommer de administrativa och organisatoriska gränserna minimeras vid utformningen av den nya hälso- och sjukvården, vilket kommer ske via den sömlösa vården (VGR, 2017b). På så sätt ska det bli lättare att få

vård från olika vårdgivare. Även inom Göteborgssjukvården beskrivs det att vården ska kännetecknas av kontinuitet som bygger på samverkan mellan vårdens aktörer (VGR, 2016a).

Baserat på dessa visioner om en sömlös vård och samverkan mellan vårdens aktörer, antyds det att patienternas behov av förbättrat informationsflöde mellan vårdenheter och avdelningar kommer tillgodoses.

5.3.3 Behov av hembesök och tillgänglighetsanpassade vårdenheter

Från intervjuerna har det framkommit ett konkret behov av hembesök, samt ett behov av tillgänglighetsanpassade vårdenheter. *Omställningen* kommer att ha mobila team i syfte att göra hembesök hos patienten för att tillgodose hans medicinska behov (VGR, 2017b).

Hembesöken ska erbjudas för de som har svårt att ta sig till någon vårdinrättning, exempelvis äldre sjuka eller multisjuka (VGR, 2017b).

Då dessa mobila team kommer att utföra hembesök för en viss grupp patienter, kommer behovet av hembesök tillgodoses, givet att patienten som efterfrågar denna lösning faller inom den målgrupp som Västra Götalandsregionen avgränsat till. Beroende på omfattningen av dessa hembesök, i termer av hur många som kan ta del av dem, påverkas i viss mån hur tillgänglighetsanpassad ens vård är. Dock tillgodoser det inte direkt behovet av tillgänglighetsanpassade vårdenheter för de som inte är tillräckligt sjuka för att vara i behov av hembesök.

5.3.4 Behov av att läkare ska lägga större vikt vid patientens egen beskrivning av sitt tillstånd

Det har under intervjuerna framkommit ett behov av att läkaren ska ta större hänsyn till patientens egen beskrivning av sitt tillstånd. Göteborgssjukvården avser, genom att implementera ett patientcentrerat arbetssätt, att skapa ett aktivt vårdmöte med patienten i centrum. Om vårdteamet lyssnar mer på patienten kommer de få en bättre patientkännedom, med bättre bild över patientens behov, preferenser och värderingar (VGR, 2016a).

Vården inom Göteborgssjukvården kommer därför potentiellt ta större hänsyn till patienten i dessa tre avseenden: behov, preferenser och värderingar. Det uttrycks inte explicit att läkarna framöver kommer att lägga större vikt vid patientens egen beskrivning av sitt tillstånd. Dock kan detta anses antydast genom beskrivningen av hur vårdteamet kommer att lyssna på patienten.

5.3.5 Behov av att det ska vara lättare att “ta sig in i vården” och av att undvika att bli hänvisad till flera olika platser innan vård fås

Enligt *Omställningen* ska det vara enkelt för patienten att få tillgång till den vård som de behöver. Den akuta vården ska utvecklas och det ska vara lätt att komma i kontakt med vården både fysiskt och digitalt (VGR, 2017b). Vården ska ha god tillgängligheten och korta väntetider (VGR, 2017b). Patienterna ska få ett brett utbud av öppen specialiserad vård i samarbete med primärvården, vilket ska medföra en tidig diagnostik som i sin tur medför snabbare medicinskt omhändertagande (VGR, 2017b). Den nära vården ska innehålla ett samordningsansvar för listade patienter så att patienten alltid ska veta var hen ska vända sig (VGR, 2017b).

Sammanfattat arbetar *Omställningen* på många sätt för att möta behovet av att lättare kunna “ta sig in i vården”. Att få ett snabbare medicinskt omhändertagande är exakt det som de intervjuade efterfrågar för båda behoven. På så vis tillgodoser specialistcentrum patienternas behov. Att det ska bli lättare för patienten att veta var hen ska vända sig, i och med samordningsansvaret, underlättar ytterligare möjligheten att ta sig in till att få vård. Då det är många faktorer som avgör hur lätt det är att “ta sig in i vården” så är det svårt att fastställa om behovet kommer att uppfyllas helt, men utifrån de satsningar som beskrivits är Västra Götalandsregionen på rätt väg.

5.3.6 Behov av förbättring av information och kommunikation till anhöriga om patientens tillstånd

Omställningen beskriver att involvering av familj och närstående i vården ska ske enligt patienternas behov (VGR, 2018c) vilket dock inte konkretiseras fullt ut. Det är även oklart i vilken utsträckning involvering av anhöriga kommer att ske. Dock kan resonemanget föras att begreppet patientcentrerad vård innefattar involvering av familj och närstående i vården enligt patienternas önskemål (Docteur & Coulter, s. 54-55). Därmed måste *Omställningen* uppfylla detta kriterium för att uppnå målet om att vara patientcentrerad.

Då det inte finns någon närmare specificering av hur detta behov ska uppfyllas är det svårt att utvärdera till vilken grad detta behov tillgodoses. Om bedömning görs helt utifrån *Omställningens* vision i detta ämne anses det att behovet kommer tillgodoses, dock exakt hur detta ska gå till är fortfarande otydligt.

5.3.7 Behov av kortare väntetider

Intervjupersonerna uttryckte även behov som skulle kunna tillgodoses av kortare väntetider. Detta behov tillgodoses till viss del inom området för nära vård, men även av övriga områden. Ambitionen är att det ska bli enklare för patienten att få tillgång till den vård som de behöver (VGR, 2016a). Sjukhusens akutmottagningar ska framförallt kunna fokusera på de som är svårast sjuka (VGR, 2016a). Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling syftar till att bland annat garantera en tillgänglig vård (VGR, 2017b). Vad detta innebär går inte att konkretisera då en fördjupning av den pelaren av *Omställningen* inte gjorts.

Specialistsjukhusen planeras även öka tillgängligheten och minska väntetiderna. Detta då de förväntas avlasta akutsjukhusen och även innebär snabbare medicinskt omhändertagande (VGR, 2016a).

5.3.8 Behov av en läkare med fullständig kunskap om patientens hela sjukdomsbild

Den nära vården ska innehålla ett samordningsansvar för listade patienter så att patienten alltid vet vart hen ska vända sig. Det kommer att skapas en sömlös vård för patienter som har behov att få vård från olika vårdgivare (VGR, 2017b).

Författarna har inte kunnat utläsa att *Omställningen* tillgodoser behovet av en läkare med fullständig kunskap om patientens sjukdomstillstånd. Däremot beskriver regionen hur samarbetet mellan olika vårdenheter kommer att förbättras (VGR, 2017b). Det skulle därför kunna tolkas som att *Omställningen* avser att möta patienternas behov om att ha en enda

läkare med fullständig kunskap om patientens sjukdomsbild genom att istället förbättra samordningen mellan de olika vårdenheter.

Dessutom finns det inom området kvalitetsdriven verksamhetsutveckling en satsning på stöd och redskap för att patienterna själva ska vara ansvariga (VGR, 2017b). *Omställningens* sätt att tillgodose detta behov skulle i många fall kunna vara oförenligt med situationen för de multisjuka äldre. Bristande energi till följd av ålder, skador och sjukdomar påverkar deras förmåga att vara en aktiv vårdtagare. Att det krävs av en patient att hen ska vara en aktiv vårdtagare beskrevs av intervjupersonerna som en källa till ojämlik vård. Läggs ännu större ansvar hos patienten skulle förutsättningarna för de allra svagaste potentiellt förvärras ytterligare.

5.3.9 Behov av ett förändrat journalsystem

Intervjupersonerna lade stor vikt vid behovet av ett förändrat journalsystem, både internt på vårdavdelningen, externt mellan vårdenheter samt externt mellan landsting. Genom *Omställningen* skapar Västra Götalandsregionen förutsättningarna för att bättre använda journalerna (VGR, 2017b). Ambitionen är att genom *Omställningen* skapa ett sömlöst hälso- och sjukvårdssystem (VGR, 2017b).

Ett gemensamt datasystem skulle kunna förbättra informationskanalerna mellan vårdenheter och vårdnivåer. Västra Götalandsregionen har påbörjat upphandlingen av ett gemensamt kärnsystem, och således lagt grunden till ett mer integrerat hälso- och sjukvårdssystem (VGR, 2017b). På så sätt skulle det kunna bli enklare att möta behov och krav från såväl invånare som verksamhet.

Utanför *Omställningen* arbetar även Västra Götalandsregionen med FVM, framtidens vårdinformationsmiljö (VGR, u.å.). Denna satsning har studien inte gått in på djupet på, men i breda drag kan det utläsas att satsningen potentiellt kommer leda till förbättrad journalföring inom och mellan vårdenheter i regionen. Om FVM genomförs så som studiens författare tolkat det kommer därmed behoven kring journalföringen att uppfyllas. Ambitionen om ett sömlöst hälso- och sjukvårdssystem samt FVM är emellertid begränsade till regionen, och behoven för patienter som rör sig mellan landsting tillgodoses således inte.

5.3.10 Behov av att avlasta akuten

Det är osäkert om behoven som uppstått till följd av dagens verksamhet på akuten kommer tillgodoses av vare sig den nära vården eller övriga delar av *Omställningen*. Ett av grundproblem är den höga belastningen på akuten. Genom att vidareutveckla specialistvården i regionen är ambitionen att patienter i behov av operation dagtid ska få hjälp på dagkirurgiska centrum. Dagkirurgiska centrumet kommer i stor utsträckning att ta över dessa operationer från akutsjukhusen (VGR, 2016a) vilket i teorin kommer leda till en mindre belastad akutvård.

Det finns även ingen tydlig plan på hur information om dessa verksamhetsförändringarna kommer förmedlas till befolkningen. För att belastningen på akuten ska minimeras behöver befolkningen informeras kring vilken vårdnivå som svarar på vilken typ av besvär. Utan tydlig kommunikation kring detta skulle det kunna leda till det fortsatta problemet att patienter söker sig till fel vårdenheter vilket bidrar till överbelastning på akuten.

5.3.11 Behov av att vården ska vara konsekvent

Inom utvecklingen av den nära vården hittades ingen lösning som kunde kopplas direkt till detta behov. Dock presenteras det i kvalitetsdriven verksamhetsutveckling att de vill göra ett systematiskt arbete med lokal verksamhetsutveckling för att driva förbättring av vården (VGR, 2017b). Kvalitetsdriven verksamhet syftar till att garantera en kunskapsbaserad, patientcentrerad, patientsäker, jämlik, effektiv och tillgänglig vård (VGR, 2017b). Exakt vad detta innebär har inte undersökts då det ligger utanför omfattningen av denna studie, men det ansågs ändå vara relevant vid detta behov. Det är relevant då kvalitetsdriven verksamhetsutveckling skulle kunna innebära att vårdgivare får utbildning i hur de ska organisera arbetet och bli mer strukturerade. På så sätt hade det kunnat leda till att färre fall “faller mellan stolarna”. Tyvärr är det ändå fortfarande för ospecifikt för att kunna säkra att kvalitetsdriven verksamhetsutveckling verkligen innebär detta och därmed kan författarna inte fastställa att behovet kommer bli uppfyllt.

5.3.12 Behov som ligger utanför avgränsningarna

Tidigare i analysen beskrevs att intervjupersoner upplevt okunskap och dålig kompetens hos vårdpersonal. Omställningen till nära vård har inga satsningar för att åtgärda detta. Detta skulle kunna bero på att kvaliteten på vården i Västra Götalandsregionen inte identifierats som ett problem av beslutsfattare. Det skulle gå i linje med den gängse uppfattningen om att svensk sjukvård håller god medicinsk kvalitet (Lundbäck & Molin, 2015). Behovet kommer potentiellt tillgodoses av området kvalitetsdriven verksamhetsutveckling där medarbetare och chefer ska utbildas och få redskap för att kunna erbjuda bättre kompetens inom medicinsk behandling (VGR, 2017b).

Det har även identifierats ett behov, från intervjuerna med patienterna och anhöriga, att politiker inom landstinget ska ha ökad kunskap om hur vården fungerar. I regel har dessa åsikter uttryckts i generella ordalag om att politiker inte känner till hur vården faktiskt fungerar i verkligheten. Några satsningar på att utbilda politiker för att bemöta detta kan dock inte hittas i planerna för *Omställningen*. Detta problem är inte direkt knutet till hälso- och sjukvård då det snarare är ett politiskt problem. En annan övergripande åsikt kring sjukvårdens organisation har rört att sjukvårdspersonal bör ges mer inflytande över beslutsfattandet. Likt föregående fall har dessa åsikter framförts i generella termer. Inte heller angående detta har *Omställningen* några satsningar.

6 Diskussion

I kapitlet nedan förs en diskussion kring studiens syfte, tillvägagångssätten av metodvalen, frågeställningar och därigenom genomförandet av intervjuer. Författarna söker via ett kritiskt förhållningssätt presentera alternativ som kunnat påverka studiens kvalitet. Det diskuteras vidare hur studien förhåller sig till hållbarhetsfrågor.

6.1 Studiens syfte

Syftet med studien har varit att utforska hur patientcentrerad Västra Götalandsregionens omställning till nära vård är samt hur väl den nära vården kommer att tillgodose det upplevda vårdbehovet hos multisjuka patienter 65 år eller äldre. Utifrån analysen av resultatet kunde det fastställas att majoriteten av de multisjuka äldres behov skulle tillgodoses om omställningen till nära vård realiserades.

I dagsläget är det svårt att avgöra hur väl omställningen till nära vård kommer realiserats och till vilken grad de multisjuka äldres behov kommer tillfredsställas. Ett av skälen till denna utmaning är att vissa områden inom omställningen till nära vård ännu inte förankrats i praktiska åtgärder. Det är möjligt att även dessa områden kommer konkretiseras men analysen har utgått ifrån den fas projektet befann sig i under studiens gång.

Ett annat skäl är att de fyra områdena i *Omställningen* är ömsesidigt beroende. En djupare analys av de tre områdena, utöver nära vård, har inte genomförts. Det har därför varit svårt att analysera initiativ inom nära vård som är beroende av de andra områdena. Författarna anser dock att deras övergripande förståelse av de tre områdena, utöver nära vård, varit tillräcklig för att diskutera utfallet av initiativ som beror av flera områden. Med stöd av denna övergripande förståelse har författarna även uttalat sig om behoven som potentiellt skulle kunna tillgodoses av de andra områden inom *Omställningen*. *Omställningen* anses i sin helhet vara på rätt väg men för att bekräfta detta behöver samtliga områden i *Omställningen* analyseras grundligt.

Ett tredje skäl är *Omställningens* beroende av andra projekt utanför *Omställningen*, exempelvis FVM menade H. Almgren (personlig kommunikation 27 mars 2018). Detta kan vara problematiskt i de fall något projekt fallerar eller verkställs på ett annat sätt än som specificerats.

På flera ställen har *Omställningen* konstaterat att nära vård ska vara patientcentrerad (VGR, 2018b) men planen inkluderar inte alla kriterier som patientcentrerad vård innefattar enligt Docteur och Coulter (2012). De flesta kriterier har berörts mer ingående men två av dem har i dagsläget inte någon konkret plan för genomförande. De två sistnämnda kriterierna berör anhörigas rätt att delta i vårdprocessen samt att hänsyn ska tas till både medicinska och icke-medicinska behov.

Enligt S. Määttä (personlig kommunikation, 6 april 2018) är *Omställningen* ett pågående arbete. Då målet är att *Omställningen* ska vara patientcentrerad kan det tänkas att de ovannämnda kriterierna berörs när ett patientcentrerat arbetssätt tas i bruk. *Omställningens* omfattning och utmaningen i att förändra en verksamhetskultur gör det dock särskilt viktigt att konkretisera samtliga åtgärder, i enlighet med Kotters 8-stegsmodell (Kotter, 1995).

Det blev tydligt under studiens gång att patienters medverkan i utformningen av vården är av stor vikt. De flesta av patienternas vårdbehov var korrelerade med patientcentrerad vård teori. Dessutom är patienter de som använder sjukvården och påverkas av de olika beslut som tas kring hälso- och sjukvården. Zhang et al. (2015) styrker detta i en studie som beskriver att det är värdefullt för sjukvården att låta patienter vara med i förändring av sjukvården då de kan hjälpa beslutsfattare få bättre insikt i vad som är viktigt för dem.

En rörelse mot mer patientcentrerad vård innebär eventuellt en utmaning för patientgruppen multisjuka äldre. Ett större patientfokus kan kräva ett mer aktivt vårdtagande av patienten. Introduceras större flexibilitet i vårdprocessen och patientens inflytande ökas, blir patienten i större utsträckning ansvarig för kvaliteten på sin vård. I intervjuerna med patienter och anhöriga var det tydligt att de allra svagaste och de som saknar stöd i dagens hälso- och sjukvård är särskilt sårbara. Om hälso- och sjukvården kräver ett mer aktivt vårdtagande skulle situationen för den ovan nämnda patientgruppen kunna förvärras ytterligare om det resulterar i ett mer passivt vårdgivande. Å andra sidan finns en tydlig ambition om att utforma den nära vården på ett sätt så att patienter kan få utbildning och stöd för att bli aktiva vårdtagare. Därmed behöver inte aktivt vårdtagande ha samma negativa klang då det istället kommer innebära att patientens situation underlättas. Dessutom ska de mobila teamen hjälpa de som inte har möjlighet att vara lika aktiva i sin vård, som är i behov av extra stöd och koordinering av sin vård (VGR, 2017a).

6.2 Metodkritik

I det här delkapitlet följer en utvärdering av studiens tillvägagångssätt samt hur väl varje enskild frågeställning har besvarats.

6.2.1 Hur förhåller sig Västra Götalandsregionens nuvarande plan för implementation av nära vård till patientcentrerad vård?

För att besvara denna frågeställning har data samlats in från offentliga dokument, exempelvis VGR: s konceptplan för Göteborgssjukvården, samt genom intervjuer med nyckelpersoner. Den urvalsmetod som användes för att rekrytera intervjupersonerna, snöbollsurval, gjorde det möjligt att komma i kontakt med tillräckligt många nyckelpersoner för att tillsammans med skriftliga källor besvara frågeställningen. Efter en mer kritisk granskning av intervju-urvalet noterade författarna dock att intervjupersonerna utgjordes av individer med stort inflytande i *Omställningen* och Göteborgssjukvården. Om en annan urvalsmetod hade använts, exempelvis ett strategiskt urval (Esaiasson et al., 2017), hade studien även kunnat nå mindre inflytelserika inom de båda projekten. Det kan inte uteslutas att dessa personer kunde bidra med ett annat perspektiv eller synsätt på Västra Götalandsregionens förändring. Å andra sidan gjorde valet av personer med mer inflytelserika roller i projektet att intervjupersonerna hade stor insyn i projektverksamheten och eftersom intervjupersonerna föreslog varandra var alla deltagare villiga att delta och hjälpa till.

Från observationen av en workshop uppmärksammades tecken på att det inte råder fullständig enighet i projektgruppen för Göteborgssjukvården. Det begränsade urvalet av intervjuade personer ur denna projektgrupp kan ses som en eventuell brist i studien. Ett annat urval hade

potentiellt kunnat leda till annorlunda uttalanden kring projektet Göteborgssjukvården. Att det rådde viss oenighet inom projektgruppen skulle även kunna motivera utförande av fler intervjuer med fler personer från projektgruppen. Detta för att få en bredare bild av gruppen och dess planer. Projektgrupper är ofta uppbyggda för att ta tillvara på varje individs kunskaper vilket ibland skapar oenighet (Nyström, 2007). Alltså tyder oenigheten på att alla har olika kompetenser och kunskaper inom olika områden av Göteborgssjukvården som alla hade varit intressanta att fånga. Tyvärr var detta inte möjligt inom studiens tidsram.

En av studiens författare hade särskild möjlighet att vara ifrågasättande under intervjuerna eftersom hen själv är patient och har stor personlig erfarenhet av vårdprocesser inom hälso- och sjukvården i Göteborg. Detta medförde att mer detaljerade följdfrågor kunde ställas till intervjupersonerna. Enligt Gummesson (2000) är förförståelse och personliga erfarenheter en viktig och många gånger oundviklig del av forskningsprocessen för att skapa sig en förståelse kring ett ämne. Trots frågan kring om förförståelse är till hjälp eller hinder i kunskapsanskaffning har studier visat att brist på förförståelse kan i många fall leda till missförståelse och mindre medvetenhet om konsekvenser av en process (Gummesson, 2000).

6.2.2 Hur ser det upplevda vårdbehovet ut hos multisjuka äldre patienter i Västra Götalandsregionen?

För att besvara denna frågeställning genomfördes en intervjustudie med multisjuka äldre och deras anhöriga. I gruppen multisjuka äldre finns många individer med nedsatt fysisk och psykisk förmåga på grund av sina kroniska sjukdomar (Akner, 2010; Socialstyrelsen, 2014). För att kunna generalisera resultat krävs att urvalet innehåller en god representation av hela populationen (Esaïasson et al., 2017). En god representation av multisjuka äldre innebär att alla individer inom målgruppen måste få komma till tals, även de med nedsatt fysisk och psykisk förmåga. Dessvärre blev det svårt att fånga de svagaste multisjuka äldres åsikter på grund av flertalet anledningar.

Intervjuernas längd utgjorde ett hinder för de allra svagaste att delta, exempelvis då en av intervjupersonerna bad halvvägs genom intervjun att få ta en paus. Däremot var längden nödvändig för att göra en tillräckligt djupgående intervju (Frost, 2010). Det kan även tänkas att den insamlade data från de allra svagaste multisjuka äldre i vissa fall ändå inte kunnat användas. Funktionsvariationer på grund av ålder såsom hörselnedsättning och nedsatt kognitiv förmåga hade kunnat skapa svårigheter i datainsamlingen. Intervjupersonerna kanske hade haft svårt att uppfatta frågorna och det hade därmed varit svårt att verifiera att de förstått. Morse (2001) berör detta problem i viss utsträckning och talar om hur intervjuer där intervjupersonen har svårt att kommunicera på grund av sin sjukdom kan vara omständliga och ge svag data. Även medicinering kan påverka hur väl en intervjuperson kan besvara frågor (Morse, 2001). Etiska aspekter utgjorde ytterligare ett hinder för att nå ut till de svagare i gruppen multisjuka äldre. Författarna övervägde sjukvårdsinrättningar och ålderdomshem som två möjliga platser att initiera ett snöbollsurval, men beslutade att dessa platser skulle uteslutas på grund av risken för att störa någon som lider. En parallell kan dras till Casarettis och Karlawish (2003) diskussion kring etiska aspekter vid forskning involverande patienter inom palliativ vård. De resonerar bland annat kring det etiska i att bedriva forskning på en patientgrupp som är mycket sårbar och vars kapacitet för beslutsfattande dessutom kan vara

begränsad och därmed även deras förmåga till samtycke (Casarett & Karlawish, 2003). Dessa förutsättningar ledde till att de svagaste multisjuka äldre är dåligt representerade i studien.

De behov som studien lyckats identifiera är uttalade behov från intervjupersonerna. Målgruppen har med stor sannolikhet även uttalade behov som inte framkommer i intervjuer. Det kan dels bero på att det är behov som målgruppen har, men som de inte är medvetna om, enligt "Theory of Attractive Quality" (Löfgren & Witell, 2005). Studiens författare ansåg att teoretisk mättnad uppnåddes, vilket innebar att det fanns klara mönster i vad intervjupersonerna hade för behov enligt Esaiasson et al. (2017).

När studiens författare kritiskt granskade urvalet noterades homogenitet i två avseenden där intervjupersonerna var hemmahörande i ungefär samma geografiska område och talade svenska som modersmål. Möjligtvis hade behoven förändrats om personer från andra delar av Göteborg intervjuats, exempelvis personer med olika socioekonomiska bakgrunder. Detta antagande bygger på Cavalli-Björkmans studie (2012) där det visade sig att cancervården skilde sig beroende på vilken socioekonomisk bakgrund patienten hade. Därmed skulle det kunna antas att multisjuka äldre från olika socioekonomiska bakgrunder har olika behov.

Det finns även en problematik kring att de flesta intervjuade endast lyfte fram ytterligheter i sina svar. Mindre utmärkande och all dagliga erfarenheter med vården saknades. Intervjupersonerna verkade prioritera mer extrema exempel på felbehandlingar eller bemötande, eller extremt positiva exempel på mycket god vård eller gott bemötande. Det kan antas att intervjupersoner bara vill ställa upp om de har en åsikt om ämnet. De personer som varken haft en väldigt bra eller väldigt dålig vårdprocess kanske inte känner något behov av att delta i undersökningen då de känner att de inte har något att bidra med. Antagandet kring att intervjupersonerna bara skulle ha lyft fram ytterligheter, kan dock inte verifieras då ingen tidigare forskning kunde hittas för att styrka denna teori. Den grundas endast på författarnas tolkning av den insamlade intervjudata. Därmed vore det intressant att utföra ytterligare forskning kring ämnet.

En viktig aspekt att tänka på är huruvida studiens omfattning var för stor. Då studien är explorativ konstruerades intervjufrågorna och syftet för att försöka täcka in så många som möjligt av de multisjuka äldres behov. Om studien istället varit snävare inriktad, exempelvis på vad de äldre multisjuka tycker om tillgänglighet, kunde mer detaljerad data samlats in. I dagsläget är varje identifierad kategori relativt grunt utforskad. Detta beror på att författarna inte visste i förväg vad som skulle vara framträdande kategorier, samt att de ville vara heltäckande. Författarna har alltså prioriterat bredd framför djup i detta avseende, något som kan kritiseras. Det kan dock resoneras om att det krävs att studien börjar brett för att identifiera kategorierna. Därefter hade varje kategori kunnat fördjupas med ytterligare intervjuer enligt den abduktiva ansats studien hade (Dubois & Gadde, 2002). Detta är tidskrävande och var därmed inte möjligt inom studiens tidsram.

Värt att diskutera är även hur författarnas bakgrunder påverkade intervjuerna. Författarna var tredjeårsstudenter inom en ingenjörsutbildning under studiens gång. Kanske skulle intervjupersonerna svarat annorlunda om författarnas bakgrunder varit inom medicin, eller om de arbetat inom vården. Att författarna var fränkopplade från vården kanske å andra sidan

möjliggjorde att intervjupersonerna hade lättare att kritisera vården. Att författarna var studenter skulle även kunna inverka på att de upplevs som mindre insatta och därför är mindre förtroendeingivande. Studiens författare har dock inte funnit stöd i forskningen kring hur intervjuarnas utbildningsbakgrund eller erfarenhet, inom ämnet som behandlas i intervjun, påverkar intervjupersonernas svar. Dock hittades teori kring att intervjuare och intervjuad ändrar svar och sätt att agera utifrån kön, ålder och samhällsklass vilket ger stöd till att en person ändrar sitt beteende utifrån vem det är som intervjuar (Manderson et al., 2006). Morse (2001) för ett resonemang om att en annan utbildningsbakgrund hos intervjuarna än den medicinska kan vara positivt för att förstå den komplexa situation det är att vara sjuk, då intervjuarnas utbildning påverkar vilka slutsatser som dras från studierna.

Studien hade kunnat utformats efter att utforska det faktiska medicinska vårdbehovet. Det hade krävts en bakgrund som författarna inte besitter. Detta är del av en större diskussion om huruvida vården bör vara utformad efter patientens upplevda behov eller utifrån hur vårdprofessionen bedömer patienternas behov. Då studien utgått från att den upplevda tjänstekvaliteten på vården beror på egna upplevelser om vårdbehandlings kvaliteten och utförandets kvalitet enligt Grönroos (1984), utgår författarna även från att det är patientens egna upplevda behov som styr hur hen kommer uppleva att dessa behov uppfylls. Därför användes patienternas egna upplevda behov för att bedöma vårdens kvalitet.

6.2.3 Hur förhåller sig multisjuka äldre patienters upplevda vårdbehov till Västra Götalandsregionens satsning på nära vård?

Den tredje frågeställningen jämförde lösningarna i *Omställningen* med de identifierade patientbehoven. Hur väl denna frågeställning besvaras är således beroende på hur väl de två tidigare frågeställningarna besvarats. Lösningarna är generella i förhållande till de behov som identifierades. Detta kan vara problematiskt då jämförelsen inte alltid mynnar ut i konkreta slutsatser om lösningarna uppfyller behovet eller inte.

Det hade potentiellt varit att föredra att patient- och anhörigintervjuer genomfördes innan intervjuerna med nyckelpersonerna från omställningen till nära vård och Göteborgssjukvården. Då hade mer direkta frågor till nyckelpersonerna från projektgrupperna kunnat ställas angående de patientbehov som identifierats via patient- och anhörigintervjuerna. På så vis hade mer fördjupade och exakta svar på hur *Omställningen* tänkt tillgodose patienternas behov potentiellt kunnat identifieras. En fördel med studiens faktiska tillvägagångssätt var däremot att studiens författare kunde utföra explorativa intervjuer och styrde därmed inte intervjupersonernas svar (Yin, 2013). Risken med att formulera intervjufrågorna utifrån studiens identifierade patientbehov hade kunnat resultera i att frågorna blivit för ledande. Att använda ledande frågor ska undvikas då det kan resultera i att intervjupersonerna svarar så som de tror att intervjuaren vill att de svarar (Ritchie et al., 2014), i värsta fall genom att formulera lösningar på behoven på plats. Studiens författare anser därför att det är mer intressant att utröna huruvida dessa behov tillgodoses utifrån redan tidigare presenterad data. Dessutom finns även risken att den alternativa metoden hade styrt utfallet åt en specifik riktning istället för att få ett mer generellt utfall.

6.3 Problematisering av patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård framställs ofta som en förbättring av vården. Dock kan införande av patientcentrerad vård föra med sig risker. Enligt Berry och Bedapudi (2007) är patienter som besöker en vårdinrättning ofta mer emotionella, rädda och/eller känsliga än vanligt, vilket påverkar deras sätt att agera och ta beslut. Patienter som är ledsna tenderar att välja vård som har högre risk men potentiellt resulterar i bättre utfall (Berry & Bedapudi, 2007). Patienter som är stressade tenderar däremot att välja vård som är mindre riskfylld men som potentiellt resulterar i sämre utfall (Berry & Bedapudi, 2007). Med det i åtanke kan det diskuteras hur bra patientcentrerad vård är för patienter i det avseendet där beslut baseras på känslor istället för vetenskaplig fakta. Patientcentrerad vård kommer innebära att patienterna ges mer information om olika möjliga behandlingar (Docteur & Coulter, 2012). Detta skulle kunna resultera i att patienterna väljer en behandling utifrån sitt emotionella tillstånd, som kan gå emot läkarens medicinskt grundade rekommendation. Å andra sidan ökar patientens trygghet samt minskar patientens osäkerhet (Dudas et al., 2013) vilket bidrar till en förbättrad vårdupplevelse. Därmed kan det diskuteras vilken aspekt som väger tyngst och kommer resultera i bäst sammantagen vårdupplevelse.

Ytterligare en risk med patientcentrerad vård är, för att en patient ska ha möjlighet att medverka och utforma sin vårdprocess, behöver patienten ha möjlighet att kunna ta till sig och förstå information (Docteur & Coulter, 2012). Enligt Levin och Normann (2001) har alla människor olika förutsättningar för detta. Två av dessa förutsättningar är huruvida en individ har lätt att ta till sig information och/eller har en bekantskapskrets som kan hjälpa individen att ta till sig information (Levin och Normann, 2001). Detta kan potentiellt leda till att en patient får bättre vård än en annan på grund av att hen har lättare att ta till sig information.

En aspekt som framförallt berör äldre är att mycket information idag tillhandahålls via teknologi. Västra Götalandsregionen gör en satsning på digitalisering där en del av den nära vården är att patienten ska få god tillgång till information, läkarkompetenser exempelvis via digitala vårdmöten och andra digitala tjänster (VGR, 2017b). Detta kan ses som problematiskt då många äldre inte har haft möjlighet att lära sig hur tekniken fungerar (Internetstiftelsen i Sverige, 2016). Därmed finns en risk att de missar information som resten av samhället har tillgång till.

Vidare finns även risken med patientcentrerad vård att multisjuka äldre patienter riskerar att vara för sjuka för att ha tillräckligt med energi för att vara aktiva vårdtagare. Detta diskuteras mer ingående under rubriken 6.1 *Studiens syfte*.

6.4 Vidare forskning

En mycket viktig aspekt som majoriteten av intervjupersonerna lyfte fram och som är angeläget att diskutera är skillnaden mellan privat vård och offentlig vård. Majoriteten av intervjupersonerna ansåg att de fick en bättre vårdupplevelse med mycket bättre bemötande när de sökte vård privat, både inom primärvården och specialistvården. Detta resulterade i att flertalet patienter istället valde att lista sig hos privata primärvårdsenheter. En intervjuperson valde även att bekosta sin egen vård på ett privatsjukhus då hen ansåg att den offentliga vården inte erbjöd samma tillgänglighet. Studiens författare anser att en utredning av privatvården och hur den tillgodoser patientbehov bättre än den offentliga vården är essentiell

för att få ett bättre perspektiv på hur hälso- och sjukvården kan utvecklas i Västra Götalandsregionen.

Vid kartläggningen av patientbehoven fanns tre fall där anhöriga beskrev tillvaron för en multisjuk äldre som led av minnesproblematik. Förutsättningarna för dessa patienter skilde sig från övriga. I en situation där patienten lider av minnesproblematik blir journalen ett än mer viktigt verktyg. Dessutom kände de anhöriga att deras inflytande i behandlingsprocessen kunde utökas men även få stöd och avlastning. De speciella omständigheterna gör att just denna målgrupps behov borde undersökas ytterligare.

6.5 Social hållbarhet

Jämlig vård är en särskilt viktig aspekt av social hållbarhet och något som genomsyrar studien. För att uppnå jämlig vård krävs det att alla individer har samma möjlighet att få den vård de behöver utifrån de förutsättningar de har (VGR, 2013). Detta bidrar denna studie till genom att utvärdera hur väl politikernas och beslutsfattares planer stämmer överens med de behov patienter har. Patienterna i denna studie är även en utsatt grupp med många behov (SOU 2016:2). Därför är det av extra vikt att ta in deras åsikter då de kräver mer för att få tillgång till samma vård som övriga befolkningen (Myndigheten för Vårdanalys, 2014). Jämlig vård har genomsyrat hela studien. Många patienter betonade att vården idag inte är jämlig.

“Man måste vara frisk för att vara sjuk”

(multisjuk äldre, personlig kommunikation, 28 mars 2018)

Citatet kommer ifrån en patientintervju och flera andra intervjupersoner framförde liknande åsikter. Detta visar på att vården idag inte upplevs vara jämlig där patienter med mer energi och som är i sammanhanget “friskare” har bättre förutsättningar att få god vård än de som inte har energin och är för sjuka. Genom att lyfta detta kan resultatet bli att vården tar ställning och agerar för att göra vården mer jämlig.

7 Slutsats

Hälso- och sjukvården ska förebygga, utreda och behandla människors sjukdomar och skador. Då landet står inför en förändring i befolkningsstrukturen med en ökad andel äldre anser svenska staten att en förändring av den svenska hälso- och sjukvården måste ske. Ett av Västra Götalandsregionens svar på detta är omställningen till nära vård. Detta innebär att den vård en patient ofta behöver ska vara lättillgänglig, nära och patientcentrerad.

Litteraturinläsning och intervjuer med äldre multisjuka patienter och anhöriga samt nyckelpersoner från *Omställningens* projektgrupper har möjliggjort en ingående analys av hur patientcentrerad Västra Götalandsregionens omställning till nära vård är. Det möjliggjorde även analys av hur väl deras planer för den nära vården kommer tillgodo de upplevda vårdbehovet hos multisjuka äldre i Västra Götalandsregionen.

Patientcentrerad vård innebär att patientens behov sätts i centrum där patienten får vara med och delta i samt påverka utformningen av sin vård. Inom denna teori identifierades fem kriterier som ska uppfyllas för att vården ska vara patientcentrerad. Vid analys av intervjuerna med multisjuka äldre patienter och anhöriga blev det tydligt att alla fem kriterier är viktiga. Varje kriterium kunde matchas med flera behov identifierade av patienterna. Därmed kan det konstateras att det är relevant att satsningarna inom hälso- och sjukvården i Sverige ska fokusera på att införa patientcentrerad vård då teorin stämmer väl in på patienters upplevda vårdbehov idag.

Patientcentrerad vård är ett återkommande begrepp i handlingsplanen för den nära vården i Västra Götalandsregionen. Vid jämförelse av handlingsplanen med patientcentrerad teori kunde det fastställas att den nära vården är på god väg att uppfylla de flesta kriterier som behövs för att uppnå en patientcentrerad vård. Detta innebär att den nära vården kommer att låta patienter vara medaktörer i vården där deras behov och värderingar kommer att respekteras. Det är dock två kriterier där några konkreta planer inte kunde hittas. Dessa berörde att låta anhöriga delta i vården samt att vården ska ta hänsyn till alla behov en patient har. Det är viktigt att vården berör dessa för att nå sitt mål om att erbjuda en patientcentrerad vård.

Vikten av att samla in och lyssna på patienter vid utformning av planer och förändringar inom sjukvårdssystemet är även något som denna studie betonar. Patienterna är de som nyttjar systemet och har erfarenheter av vad som verkligen brister. Genom att låta patienter vara med och bidra tillsammans med vårdgivare och andra aktiva inom sjukvården kan förhoppningsvis ett system som matchar de flestas behov tas fram.

Genom att intervjua multisjuka äldre patienter har de patienter med mycket erfarenhet av vården fått komma till tals och fått förmedla de åsikter och önskningar de har på vården. Författarna hoppas att det ger en bättre insikt i multisjuka äldre patienters upplevda vårdbehov. Västra Götalandsregionens omställning till nära vård är på god väg att uppfylla majoriteten av behoven men de har fortfarande en bit kvar att gå. Genom konkretisering av planer och idéer samt en lyhördhet gentemot patienter och deras behov hoppas författarna att Västra Götalandsregionen ska nå ända fram för att kunna erbjuda vård som är jämlik, patientcentrerad och nära.

8 Källförteckning

- Akner, G. (2010). Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. *Läkartidningen nr 44 2010 volym 107*, 2707-2711. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15301>
- Almgren, H. (2016). *Göteborgssjukvården - tillsammans för en vård i framkant*. Hämtad från https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/b4cd7807-a51c-4701-a0ae-98694175d709/Projektdirektiv%20ver%201_0%20161003.pdf?a=false&guest=true
- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. Stockholm: Liber AB
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). *Health Care - A Fertile Field for Service Research*. *Journal of Service Research*, 10(2), 111-122.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2010). *Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization*. Davis: University of California Davis
- Brundtlandkommissionen. (1987). *Our Common Future, From One Earth to One World*. Harare: Förenta Nationerna.
- Bryman, A., & Bell, E. (2015). *Business research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Byström, J. (den 18 01 2018). *Regeringens utredare imponerad över VGR:s arbete*. Hämtad från <http://www.vgregion.se/nyheter/nyhetslista/regeringens-utredare-imponerad-over-vgrs-arbete/>
- Casarett, D., Karlawish, J. (2000) Are Special Ethical Guidelines Needed For Palliative Care Research? *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(2), 130-139. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00164-0](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00164-0)
- Cavalli-Björkman, N. (2012). *Socioekonomisk status påverkar cancerbehandling*. *Läkartidningen*, 109, 1400.
- Crisp, R. (2002). Treatment according to need: Justice and the British National Health Service. In R. Rhodes (Ed.), *Medicine and social justice: Essays on the distribution of health care* (s. 134–143). New York: Oxford University Press.
- Dagger, T., Sweeney, J., Johnson, L. (2007) *A Hierarchical Model of Health Service Quality*, 10(2), 123-142. doi: 10.1177/1094670507309594
- Docteur, E., & Coulter, A. (2012). *Patientcentrering i Svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Vårdanalys.

Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2002). Systematic combining: an abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 553-560.

Dudas, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). *Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centre*. Stockholm: European Journal of Cardiovascular Nursing.

Dudoviskiy, J. (2018). *The Ultimate Guide to Writing a Dissertation in Business Studies: A Step-by-Step Assistance*. research-methodology.net.

Eckerbland, J., Theander, K., Ekdahl, A., Jaarsma, T., & Hellstrom, I. (2015). To adjust and endure: a qualitative study of symptom burden in older people with multimorbidity. *Applied Nursing Research*, 28(4), 322-327.

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L.-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112–1119. doi: 10.1093/eurheartj/ehr354

Eriksson, L. T., & Wiedersheim-Paul, F. (2014). *Rapport Boken - hur man skriver uppsatser, artiklar och examensarbeten*. Stockholm: Liber.

Esaïsson, P., Gilljam, M., & Oscarsson, H. (2017). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Wolters Kluwer.

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Vad är social hållbarhet för oss?* Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Elsevier*, ss. 1-8.

Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44. doi: 10.1108/EUM00000000004784

Gummesson, E. (2000). *Qualitative methods in management research: 2nd edition*. Stockholm: Sage publications.

Gustavsson, E. (2014). From Needs to Health Care Needs. *Health Care Analysis*, 11(2), 161-169. doi: 10.1007/s10728-013-0241-8

Hemström, Ö. (2012). *Medellivslängden ökar stadigt*. Hämtad från https://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/

International Alliance of Patients' Organizations, IAPO. (2017). *Policy Briefing #1: Patient-Centred Healthcare*. Hämtad från <https://www.iapo.org.uk/news/2017/feb/23/policy-briefing-1-patient-centred-healthcare>

International Alliance of Patients' Organizations, IAPO. (2007). *What is Patient-Centered Healthcare?: A review of Definitions and Principles*. International Alliance of Patients' Organizations. Hämtad från <http://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>

Internetstiftelsen i Sverige. (2016). *Kunnighet*. Hämtad från <http://www.soi2016.se/flickor-och-pojkar-kvinnor-och-man/kunnighet/>

Kotter, J.P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 37(3), 59-67.

Kättström, D. (2016). *Digitaliseringen förändrar hela vår värld*. Hämtad från <https://www.forskning.se/2016/04/12/digitaliseringen-forandrar-hela-var-varld/>

Ledarna - Sveriges chefsorganisation. (2018). *Hållbarhetsfrågor*. Hämtad från <https://www.ledarna.se/stod-i-chefsrollen/hallbarhet-ekonomisk-ekologisk-social/hallbarhetsfragor/>

Levin, B., & Normann, R. (2001). *Vårdens chans - en modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Stockholm: Ekerlids Förlag.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.

Liss, P.E. (2003). The significance of the Goal of Health Care for the Setting of Priorities. *Health Care Analysis*, 11(2), 161-169. doi: 1065-3058/03/0600-0161/1

Lundbäck, M., & Molin, R. (2015). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse* (Internationell jämförelse 2015). Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-075-7.pdf?issuusl=ignore>

Löfgren, M. & Witell, L. (2005). Kano's Theory of Attractive Quality and Packaging. *Quality Management Journal*, 12(3), 7-20. doi: 10.1080/10686967.2005.11919257

Magnusson, J. (2018). *Digital Leadership*. Department of Applied IT, University of Gothenburg.

Manderson, L., Bennett, E., & Andajani-Sutjahjo, S. (2006). The Social Dynamics of the Interview: Age, Class and Gender. *Qualitative Health Research*, 16(10), 1317-1334.

Morse, J. (2001). Interviewing the ill. In Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. I Gubrium, J.F., & Holstein, J. A. (Red.), *Handbook of interview research: Context & Method* (s. 317-328). doi: 10.4135/9781412973588

Myndigheten för vårdanalys. (2014). *VIP i Vården? - Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Myndigheten för vårdanalys. (2017). *En primär angelägenhet*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Nationalencyklopedin. (2018). *Hållbar utveckling*. Hämtad från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/hållbar-utveckling>

Norén Bretzer, Y. (2010). *Sveriges politiska system*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nyström, A. (2007). *Projektgrupper mår bra av oenighet*. Hämtad från <http://kvalitetsmagasinet.se/projektgrupper-mar-bra-av-oenighet/>

Olsson, L.-E., Hansson, E., Ekman, I., & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of patient-centered integrated care pathway. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1626-1635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x

Olsson, L.-E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 1(3), 1-7. doi: 10.1186/1749-799X-1-3

Prop. 2017/18:83. Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Hämtad från <https://data.riksdagen.se/fil/693F2D62-15E2-4FF4-8A74-75BFFBFBBC15A>

Regeringskansliet. (2017). *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (Lagrådsremiss). Regeringen. Hämtad från <https://www.regeringen.se/4af4c1/contentassets/afc64d94eae54a72b1ea382a1a5c30d1/styrande-principer-inom-halso--och-sjukvarden-och-en-forstarkt-varldgaranti.pdf>

Regeringskansliet. (2018). *De globala målen och agenda 2030 - Hälsa och välbefinnande*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/halsa-och-valbefinnande/>

Rienecker, L. (2016). *Problemformulering*. Stockholm: Liber.

Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. M., & Ormston, R. (2014). *Qualitative Research Practice - A guide for social science students and researchers*. SAGE Publications Ltd.

Rubin, H. J. & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage Publications.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Shaller, D. (2007). *Patient-Centered Care: What Does it Take?*. The Commonwealth Fund. Hämtad från http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2007/oct/patient-centered-care--what-does-it-take/shaller_patient-centeredcarewhatdoesittake_1067-pdf.pdf

Socialstyrelsen. (2006). *Metod för behovsbedömning - Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov*. Socialstyrelsen. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9682/2006-124-9_20061249.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Grund och struktur för lägesrapportering om kroniska sjukdomar: Upplägg för Socialstyrelsens lägesrapporter 2015, 2016 och 2017*. Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19542/2014-9-40.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Multisjuklighet*. Hämtad från <http://www.kunskapsguiden.se/alldre/Teman/Multisjuklighet/Sidor/default.aspx>

Statens offentliga utredningar, SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården - Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Stockholm: Prioriteringsdelegationen

Statens offentliga utredningar, SOU 2015. *Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa*. Stockholm: SOU.

Statens offentliga utredningar, SOU 2016:2. *Effektiv Vård*. Stockholm: SOU.

Statens offentliga utredningar, SOU 2017:53. *God och nära vård - En gemensam färdplan och målbild*. Stockholm: SOU.

Statistiska centralbyrån, SCB. (2017). *Medellivslängd efter kön 1960-2016 och prognos 2017-2060*. Hämtad från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter->

amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/befolkningsframskrivningar/pong/tabell-och-diagram/sveriges-framtida-befolkning-20162060/medellivslangd-efter-kon-och-prognos/

Thorsell, K. (2010). *Utveckling av en metod, Care Optimizer, för mätning av vårdbehov och resursanvändning inom kommunal äldreomsorg* (Akademisk avhandling, Lund Universitet, Lund, Sverige).

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Stockholm: Studentlitteratur AB.

United Nations General Assembly. (2005). *Resolution adopted by the General Assembly*. General Assembly. Hämtad från http://data.unaids.org/topics/universalaccess/worldsummitoutcome_resolution_24oct2005_en.pdf

Västra Götalandsregionen, VGR. (2013). *Samling för social hållbarhet: Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/28339/Samling%20för%20social%20hållbarhet.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen, VGR. (2016a). *Göteborgssjukvården - tillsammans för en vård i framkant*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/20d64db2-13b4-4d75-a51e-6c616d686ad7/Förstudie_specialistsjukhus_20161003.pdf?a=false&guest=true

Västra Götalandsregionen, VGR. (2017a). *Styrande dokument*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/33479/Strategi%20för%20hälso-%20och%20sjukvårdens%20omställning%20i%20Västra%20Götalandsregionen.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen, VGR. (2017b). *Omställningen i hälso- och sjukvården*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/0479a0d5-63db-4650-bfd6-4f5e843dcf3a/Strategi%20för%20omställningen%20layoutad%20version.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen, VGR. (2017c). *Handlingsplan*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/33479/Strategi%20för%20hälso-%20och%20sjukvårdens%20omställning%20i%20Västra%20Götalandsregionen.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen, VGR. (2018a). *Omställningen i hälso- och sjukvården*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/verksamhetsutveckling/projekt/omstallningen-i-halso-och-sjukvarden/>

Västra Götalandsregionen, VGR. (2018b). *Konceptprogram*. Göteborg: Västra Götalandsregionen.

Västra Götalandsregionen, VGR. (2018c). *Mobil närvård*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/mobilnarvard/>

Västra Götalandsregionen, VGR. (u.å.). *Framtidens vårdinformationsmiljö*. Hämtad från <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling--uppfoljning/verksamhetsutveckling/projekt/framtidens-varldinformationsmiljo/>

Västra Götalandsregionen, VGR. (u.å.). *Digitala vårdmötet*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från <http://www.vgregion.se/om-vgr/satsningar-och-samarbeten/digitala-varldmoten/>

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Wendle, J. (2014). *Hemsjukvård av äldre sparar pengar*. Hämtad från <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6017053>

World Health Organization, WHO. (2018). *What are integrated people-centred health services?* Hämtad från <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>

Yin, R. K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Stockholm: Studentlitteratur AB.

Zhang, L., Tong, H., Demirela, H. O., Duffya, V. G., Yiha, Y., & Bidassie, B. (2015). *A practical model of value co-creation in healthcare service*. *Procedia Manufacturing*, 3, 200-207.

Bilaga 1 – Slutgiltig intervjumall för patienter och anhöriga

Inledning

Följande läses upp ordagrant för intervjupersonen:

Syftet med denna intervju är att få ett patientperspektiv på Göteborgs hälso- och sjukvård, något som har varit bristfälligt i tidigare gjorda studier. Dina svar kommer att hållas helt anonyma och du kan avsluta intervjun och/eller avbryta oss när du vill under intervjutiden. Dina svar kommer att antecknas av *namn* och jag, *namn*, kommer att i huvudsak föra intervjun men ibland kan *namn* behöva inflika. Dina svar kommer att användas i en rapport som presenteras på Chalmers i mitten av maj och har som syfte att kartlägga patientperspektivet på hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

Frågorna med siffra framför är våra huvudfrågor. Punkterna under varje fråga är vad vi vill få ut ur frågan och är därmed potentiella följdfrågor. Parenteserna är förtydliganden om kring följdfrågan.

Nuvarande tillstånd

Förstå hur patienten ser på vården idag. Hur ofta personer är i kontakt med de olika delarna av vården. Om hen upplever att hen får vänta länge på att få viss vård. Om hen tycker att viss vård är krånglig att söka. Om hen ofta går fel på grund av okunskap / medvetet går till akuten på grund av någon anledning?

Nuvarande situation/tillstånd

1. På vilket sätt har du kontakt med vården **idag**?

- Hur behandlas dina åkommor/sjukdomar? (Kontroller, medicinering, läkarbesök, operationer etc.)
- På vilka platser har du kontakt med vården? (Vårdnivå, privat/offentlig, antal)
- Hur långt bort ligger de olika vårdplatserna från hemmet? (Tidsmässigt, transportmedel)
- Hur gör du när du kontaktar vården ang. tidsbokning, frågor, för att ge upplysningar om ditt tillstånd etc.? (Via telefon, mejl, internetbokning, akuten, vårdcentral dropin)

Diagnostisering

2. Hur gick processen till **innan** du fick den hjälp du behöver?

- Visste du var du skulle vända dig och hur bestämde du dig var du skulle vända dig? (Vårdcentral, akut, ringa 1177, vän)
- Hur lång tid tog processen? (Kötider, något steg som tog särskilt mycket tid, flaskhals)
- Vad kände du under processen? (Trygg, rädd, osäker, tydligt)
- Vilka olika platser/personer var du i kontakt med? (antal osv)
- Var processen tydlig och hölls du informerad kring din sjukdom och de olika delstegen?

Åsikter, upplevelser

3. Hur upplever du att vården fungerar för dig **idag**?

- Hur upplever du avståndet till vårdplatsen? (Kul, jobbigt, krångligt, uppfriskande, dyrt)
- Hur upplever du platserna där du har kontakt med vården? (Stämning, förtroende, stress, matsal, öppettider)
- Hur upplever du administrationen av din vård? (Bokning av besök, betalning, återkoppling, information)
- Hur upplever du att du blir omhändertagen?
- Upplever du att vissa delar av dina sjukdomar är svåra att få vård för?
- Hur upplever du att kommunikationen mellan olika vårdenheter fungerar? (mellan personal, mellan specialist och vårdcentral)
- Övriga tankar
- Upplever du att det finns brister i hälso- och sjukvården idag? Om ja, vad för förändring hade du velat se?
- Hur upplever du att kommunikationen mellan olika vårdenheter fungerar? (mellan personal, mellan specialist och vårdcentral)
- Upplever du att du har möjlighet att påverka din vård? **(tillagd 2018-03-29)**

Förbättringsförslag

4a. Med den sjukdomen du har idag, hur skulle du vilja att kontakten med vården ser ut?

4b. Alternativ (Om allt är “guld och gröna skogar” på nuvarande tillstånd) Med den sjukdomen du har idag, finns det något som skulle kunna göra att kontakten med vården skulle kännas ännu bättre för dig?

- Är platsen du får din behandling på “rätt plats”? Hade den kunnat ske någon annanstans? (Drop på vårdcentral, någon lättare behandling hemma etc).
- Finns det något annat sätt du hade velat administrera din vård på?
- Finns det något annat sätt som du hade velat bli omhändertagen/bemött på?

5. Hade processen **innan** du fick den hjälp du behövde kunnat förbättras och i så fall hur?

- Hade man kunnat informerat dig om processen, din sjukdom och de olika delstegen på ett sätt som passat dig bättre?

6. Vad är det viktigaste förbättringsområdet för dig?

7. Är det något annat du har tänkt på som du vill tillägga?

Avslutning, tack för hjälpen, se till att personen i fråga har någon i gruppens kontaktuppgifter så att de lätt kan höra av sig i efterhand med frågor och funderingar.

Bilaga 2 – Intervjumall för Västra Götalandsregionens nyckelpersoner

Kort presentation om hur de fick den positionen de idag har.

1. Bakgrund till projektet?
 - Vad har gjort att planen förändrats från det som presenterades i direktivet från Västra Götalandsregionen?
2. Vilka problem är det som finns i sjukvården i Göteborg idag och vilka av dessa problem kommer projektet/projekten att lösa?
 - Vad har ni identifierat att problemet är?
 - Hur har problemet identifierats?
 - Hur har lösningen identifierats?
3. Hur har beslutat om Omställningen fattats?
 - Hur kom idén till, utifrån uttalade behov från patienter eller från samtal med läkare?
 - Löser lösningen problemet?
 - Hur ska lösningens framgång mätas?
 - Vilka har tagit beslutet?
 - Efter samtal med vilka intressegrupper har beslutet fattats?
4. Kommer 2 specialistsjukhus att lösa problemen som finns i vården?
 - Vilka personer/organisationer/aktörer har lyssnats på/konsulterats vid beslutet?
 - Vilka personer/organisationer/aktörer har lyssnats på/konsulterats under planeringen?

Frågor rörande patienter:

5. Hur tas “patientcentrerad vård” hänsyn till i GBG-sjukvårdsprojektet/Omställningen?
 - Hur förbättras situationen för patienten?
 - Hur förbättras situationen för multisjuka äldre?
6. Hur har ni tagit reda på patienters behov?
 - Hur skall projektet tillfredsställa patienters behov?
7. Varför har patienters perspektiv inte tagits i beaktande?