

Leading Health Care

LHC REPORT NR 2, 2018

Peter Markowski,
Jon Rognes &
Anna Krohwinkel

Bröstcancerprocessen, bröstcentrum och RCC

EN STUDIE AV PROCESSORIENTERING,
ORGANISATIONSFÖRÄNDRING,
MOTTAGLIGHET OCH ROLLER



Bröstcancerprocessen, bröstcentrum och RCC

**EN STUDIE AV PROCESSORIENTERING,
ORGANISATIONSFÖRÄNDRING,
MOTTAGLIGHET OCH ROLLER**

Peter Markowski, Jon Rognes & Anna Krohwinkel

Leading Health Care

Förord

Omvandling med förhinder

Stiftelsen Leading Health Care fick under 2015 i uppdrag av Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland att följa etablerande av tre separata bröstcancercentrum i Stockholmsområdet. Arbetet med standardiserade vårdförlopp har varit centralt för RCC i samverkan även på nationellt plan. Syftet är att skapa mer integrerade processer runt patienter som drabbas av bröstcancer, en av våra vanligast förekommande cancerformer.

Fenomenet är inte nytt. En av LHCs allra första rapporter, ”Tid eller pengar” (LHC Report nr 2011:1), handlade om ett utvecklingsarbete kring diagnosticering av egenupptäckt bröstcancer i Malmö och Stockholm. Även då handlade det om att arbeta med processen och integrera dess olika delar såväl sekventiellt som i tid – något som visade sig vara utmanande bland annat på grund av samtidiga upphandlingsprocesser av delarna separat.

När nu RCC-processen arbetar för att skapa standardiserade vårdförlopp för de stora cancersjukdomarna är målsättningen liknande, dock avses i det aktuella Stockholmsfallet en process som inkluderar hela kedjan från diagnos till rehabilitering. Uppdraget har varit att följa implementeringen av SVP i tre nya organisationer, Bröstcentrum vid Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Capio St Görans sjukhus. En omedelbar svårighet med detta forskningsprojekt blev att takten i införandet inte alls följde uppdragets tidsplan. Till exempel väntade Karolinska vid studiens genomförande fortfarande på att starta pga flytten till NKS-huset.

Problem som uppenbarat sig i det successiva införandet rör såväl RCCs ställning som extern part visavi verksamheterna, som beställarens svårighet att anpassa styrning, uppdrag och ersättning till ett önskat nya processinriktat arbete. I rapporten beskrivs hur detta arbete förlöpt och den ringar in svårigheter som bör beaktas i framtiden. Den ger också exempel på hur RCCs roll kan utvecklas för att åstadkomma en modererad verksamhetsutveckling.

Jag vill tacka författargruppen med Jon Rognes, Handelshögskolan i Stockholm, Peter Markowski, Stockholms Universitet och Anna Krohwinkel, LHC för ett förtjänstfullt arbete både på fältet och inne vid skrivbordet! Alla som ställt upp för intervjuer är värda ett särskilt tack! Samt inte minst Roger Henriksson, fd chef för RCC Stockholm-Gotland och hans medarbetare Kjell Bergfeldt, projektledare för bröstcancerarbetet. Inte bara ordnade ni med finansiering så att projektet kunde genomföras, ni har även följt och kommenterat arbetet löpande med ett öppet och kritiskt sinne!

Stockholm i maj 2018

Hans Winberg
Generalsekreterare, Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

1. Bakgrund	8
1.1 Leading Health Cares uppdrag.....	8
1.2 Bakgrund och förutsättningar: RCC.....	11
1.3 Bakgrund och förutsättningar: Bröstcentrum.....	13
2. Ansats och genomförande	19
3. Lokala förutsättningar i tre olika fall	23
3.1 Karolinska sjukhuset: Utökad ansvar men minskad verksamhet.....	23
3.2 Södersjukhuset: Ett delat bröstcentrum.....	26
3.3 S:t Görans sjukhus: En ny onkologisk dagvårdsavdelning.....	27
4. Mottaglighet i det dagliga arbetet	
– utmaningar på operativ nivå	30
4.1 Ekonomi, ersättningsmodeller och budgetering.....	31
4.2 Organisation och ledarskap.....	32
4.3 Kompetens och roller.....	35
4.4 Professionella normer.....	36
4.5 Patientens perspektiv.....	37
5. Strategisk nivå – koordinering mellan sjukhusen	39
5.1 Regler och riktlinjer.....	39
5.2 Organisation och ledarskap.....	40
5.3 Tekniska system och IT.....	43

6. Centrala dilemman	45
6.1 Möjliggörande av samarbete trots konkurrens.....	45
6.2 Stödstrukturer vid omställning till processorienterad vård.....	48
7. Implikationer för RCC:s verksamhet	50
7.1 Professionell organisation – utmaningar.....	51
7.2 Vad ska en extern förändringsagent tillföra?.....	52
7.3 Möjliga roller i en organisationsförändring – vägar framåt.....	57



Bakgrund

1.1 Leading Health Cares uppdrag

Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland (RCC) driver ett arbete med att omforma vårdprocessen kring bröstcancer, vilket i ett första steg ska genomföras på tre sjukhus i Stockholm. Det nya sättet att arbeta kommer att påverka arbetssätt och rutiner i det dagliga arbetet, bland annat vad gäller samverkan mellan olika funktioner. Det kommer även att ha betydelse för möjligheterna att bedriva klinisk forskning och involvera patienter i utvecklingen av vården.

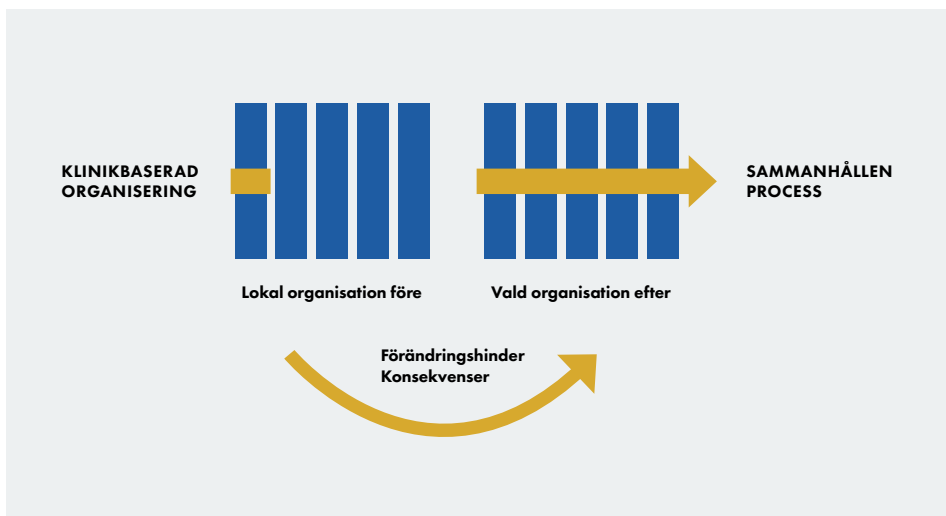
En central aspekt är hur nya sammanhållna processer tas emot, anpassas och påverkar det interna arbetssättet inom sjukhusen. Lokala lösningar och skillnader i rutiner och strukturer belyses.

Leading Health Care (LHC) har i detta projekt studerat de viktigaste upplevda faktorerna som påverkar införandet av nya arbetssätt i dag. Ett viktigt moment har varit att identifiera hinder för mottaglighet, och även belysa sätt att hantera dessa hinder som framkommit i de olika organisationerna.

Det praktiska arbetet har bestått i att:

- Studera försök att införa nya vårdprocesser inom området bröstcancer.
- Dokumentera påverkande faktorer för införande och hur dessa hanteras.
- Identifiera vad som krävs för att lyckas/vad som kan åtgärdas.

Analysarbetet i denna rapport baseras på teorier om operations management och organisationsteoretiska perspektiv på implementering. Innovation är av stor vikt för såväl kvalitet som resurseffektivitet i vår framtida vård och det satsas stort på att ta fram nya idéer och lösningar, samtidigt som mottagligheten för innovationer inom hälso- och sjukvårdssystemet är ett eftersatt område. I många avseenden saknas det kunskap om de hinder och utmaningar som finns i dagens system för att organisatoriska förändringar skall få genomslag. Vi ser att det behövs ett kompletterande tankesätt kring förändring, som fokuserar på mottaglighet ur ett systemperspektiv, för att innovationer skall kunna utnyttjas till sin fulla potential.



Figur 1: Från klinikbaserad organisering mot sammanhållen vårdprocess

Mottaglighet

Mottaglighet handlar om i vilken grad en organisation har förmåga att ta till sig exempelvis ny teknik. Inom innovationsforskningen diskuteras en organisations absorptionsförmåga som väsentlig för mottagligheten. I princip avser absorptionsförmåga i vilken grad organisationen kan förstå och ta till sig kunskap från omvärlden. I en vidare mening handlar det om förutsättningarna att förändra organisationen för att använda t ex externt utvecklade tekniker.

Mottaglighet förutsätter oftast både tekniska och organisatoriska förändringar. Organisationsrelaterade förändringar kan till exempel hänga samman med svårigheterna att införa nya arbetssätt i en miljö som domineras av en stark profession, tvärfunktionella förändringar i funktionella miljöer, och skapandet av ett innovativt organisationsklimat. Utmaningar att införa innovationer finns inom alla områden och är inte något unikt för vården. Tvärtom, så återfinns problem med bristande mottaglighet i många olika typer av organisationer. Avgörande för att öka mottagligheten är därför att förstå vilka hinder som finns och hur de kan överbryggas.

Patientperspektivet

Senare tids utredningar och lagstiftning har alltmer gått mot att stärka patientens ställning, vilket delvis kan komma att hamna i konflikt med interna organisatoriska avvägningar. Exempelvis när det gäller tillgänglighet och schemaläggning kan avvägningar behöva göras mellan patientens önskemål och vårdens möjligheter och prioriteringar.

Vi har vägt in patientperspektivet i studien, och inkluderat patienter/patientrepresentanter i undersökningsunderlaget och datainsamlingen. Detta innebär en utveckling av befintligt ramverk till att tydligare se patienten som en aktiv part i vårdprocessen (se bilaga 2). I patientperspektivet kommer även aspekten patientsäkerhet att beaktas.

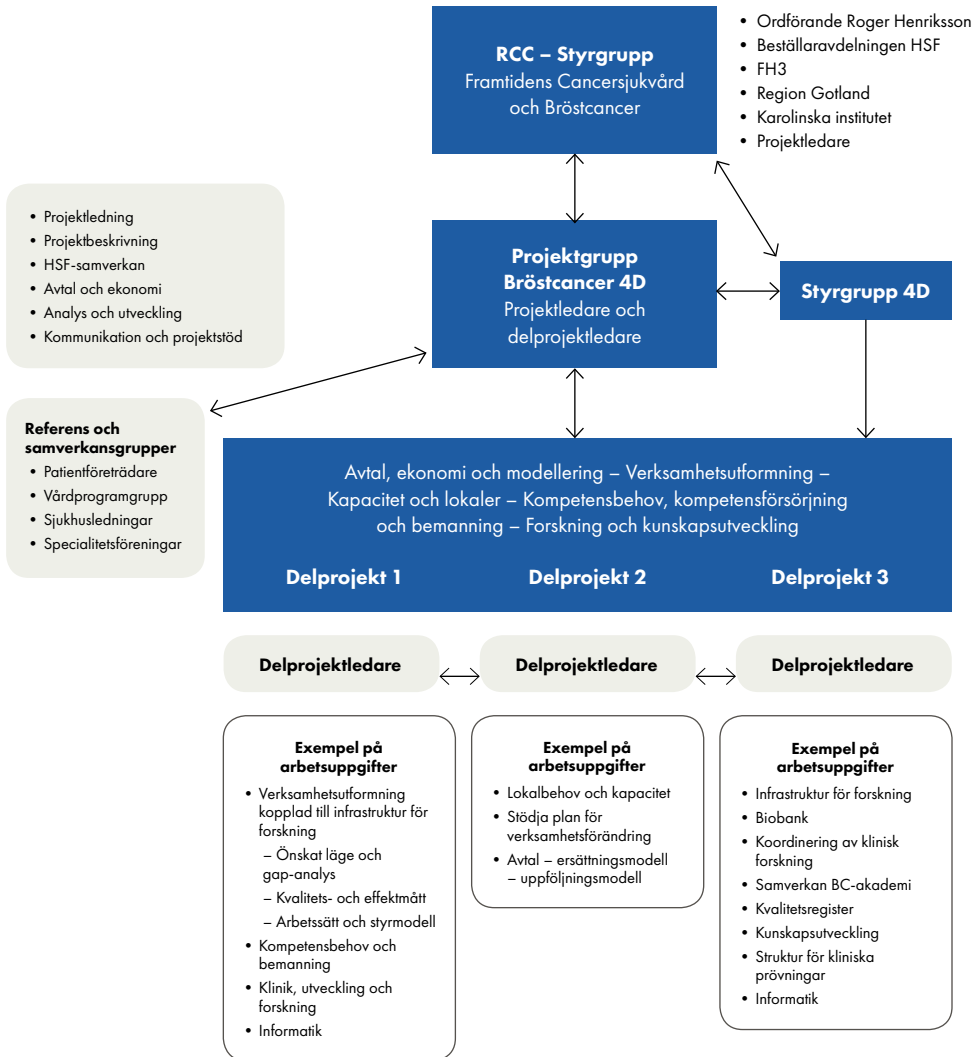
Traditionellt har fokus legat på hur en förändring påverkar produktion och medarbetare. Inom vården är begreppet kund besvärligt, eftersom det finns flera aktörer som kan ses som kunder. Medborgare, politiker, patienter, anhöriga samt andra producenter inom systemet kan alla ta en kundroll. Vanligtvis gör man därför skillnad på kund och patient. Patienter är de som tar emot vården, men till liten del de som betalar eller fram till nyligen ens väljer leverantör av vården.

Ur ett mottaglighetsperspektiv får vi då ytterligare en dimension att ta hänsyn till. Utöver de organisatoriska hinder som diskuteras ovan får vi en patientdimension: Vilka utmaningar ser vi ur ett patientperspektiv för att kunna genomföra en förändring eller införa en ny innovation? Här blir det extra viktigt att väga in att patienten inte är en utan flera, dvs varje individ kan ha olika önskemål och krav.

1.2 Bakgrund och förutsättningar: RCC

RCC Stockholm – Gotland bildades 2011 som ett av sex regionala cancercentrum. En central uppgift för regionala cancercentrum är att leda och samordna arbetet med att utveckla och effektivisera vårdprocesserna ur patientens perspektiv och arbeta för att korta väntetiderna. RCC Stockholm-Gotland driver ett arbete med att omforma vårdprocessen kring bröstcancer, vilket i ett första steg ska genomföras på tre sjukhus i Stockholm. Detta är den första vårdprocessen bland flera att förändras, och det är därför av intresse att studera hur förändringen tas emot och vilka utmaningar som uppstår.

Projektorganisation/medlemmar



Figur 2: RCC:s uppdrag (SLL styrdokument, Diarienummer: HSN 1304-0509).

1.3 Bakgrund och förutsättningar: Bröstcentrum¹

Bröstcentrum skapades under åren 2013–2015 inom ramen för samverkansprojektet ”Bröstcancercentrum 4D”, där Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland, beställare, patient- och vårdgivarrepresentanter samt Karolinska Institutet deltog. Utgångspunkten var Regional Cancerstrategi 2011–2013. Bröstcentrum finns idag på Södersjukhuset AB, Karolinska universitetssjukhuset, Solna och Capio St Görans Sjukhus AB. Ett bröstcentrum har det totala ansvaret för kvinnor inom sitt upptagningsområde; för hälsokontroll, ev. diagnos, vård och behandling och vid behov palliativ vård. Uppdragsbeskrivningen poängterar det samlade ansvaret för helheten, samtidigt som det finns en möjlighet för uppdragstagaren att anlita underleverantörer. Krav ställs även på tillgänglighet, lokalisering, samverkan, mm.

Saknade pusselbitar i (går)dagens bröstcancer vård

Bröstcancer vården har traditionellt varit uppdelad på ett stort antal vårdgivare, vilket har lett till bristande effektivitet och kvalitet i vårdleveransen. Spridningen mellan vårdgivare har medfört försämrade kontinuitet och tillgänglighet för patienten, samt en försvagad vårdapparat på grund av att resurser och kompetens spridits ut.

En av de centrala utmaningarna i traditionellt organiserad bröstcancer vård är sammanhållning och tidsåtgång i vårdkedjan. Eftersom bröstcancer vården traditionellt innefattar flera vårdgivare eller kliniker blir övergångarna mellan dessa en central del av vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Det är inte alltid klart vem som har det övergripande ansvaret för patienten när denna går igenom de olika vårdstegen. Många patienter upplever också en osäkerhet

¹ Avsnittet baseras på den bakgrund och förutsättningar för bröstcentrum som beskrivs i slutrapporten för samverkansprojektet ”Bröstcancercentrum 4D” Slutrapport – Bilaga till Cancerplanen 2013–2015, samt Uppdragsbeskrivning för bröstcentrum (Bilaga 1).

just i överlämningen mellan vårdgivare utifrån hur information och kunskap förs vidare mellan de olika behandlingsstegen. Detta skapar en otrygghet på grund av bristande kontinuitet. Uppdelningen mellan vårdgivare bidrar även till långa väntetider mellan de olika behandlingsstegen, och bristande tillgänglighet för patienten under behandlingens gång.

Idén om bröstcentrum

Det alternativ som tagits fram är en bröstcancervård som samlas vid ett fåtal enheter. Dessa enheter tillåter att hålla ihop bröstcancervården som en enhetlig process, samt att samla kompetens och erfarenheter för forskning och kontinuerligt förbättringsarbete. Samling av Stockholms bröstcancervård vid tre bröstcentra som beskrivits ovan, ses som ett sätt att öka resurseffektiviteten i bröstcancervården och samtidigt erbjuda en sammanhållen vård för patienten.

Ett bröstcentrum skall innehålla enheterna diagnostik, kirurgi och onkologi. Varje bröstcentrum ska ha nära och god tillgång till strålbehandling. Bröstcentrum ska även vid behov ha tillgång till akutsjukhusets kompetens.

Alla resurser som behövs för diagnostik, behandling och uppföljning ska centreras runt patienten och dennas behov. Att åstadkomma detta kräver dels samling av resurser till centra som är dedikerade till bröstcancervård, dels att arbetssätten förändras för att innefatta ett gemensamt ansvarstagande i form av samarbete över kompetensområden och klinikgränser.

Den multidisciplinära samverkan ska finnas närmast patienten. En kontaktsjuksköterska följer patienten genom vårdkedjan. Multidisciplinär samverkan i kombination med kontaktsjuksköterskan ska säkra att vårdens olika steg och discipliner sammanlänkas. Samtliga kompetenser ska finnas med vid den multidisciplinära konferens där patientens individuella vårdplan upprättas.

Ett övergripande och samlat IT-stöd har bedömts behövas för att knyta ihop både sjukhus och olika specialiteter i arbetet vid bröstcentra. Det ska även finnas en forskningsverksamhet där alla tre sjukhus aktivt deltar.

Bröstprocessen – ett ansvar fördelat på flera specialiteter

Bröstcancervården vid varje bröstcentrum ska tillhandahålla vård inom diagnostik, kirurgi och onkologi. Här ingår följande delar:

Screening och klinisk mammografi

35 000 kvinnor per år genomgår screening, men endast ca 3% återkallas på grund av att något upptäckts på mammografibilden. Kvinnor som återkallas genomgår ytterligare undersökningar. Av dessa 3% får 0,5% diagnosen bröstcancer. Ytterligare en stor grupp kvinnor kommer inte via mammografiscreening utan remitteras direkt från exempelvis allmänläkare.

Det ses som centralt att hela utredningen fram till diagnos är sammanhållen för att undvika dubbelarbete, informationsförlust och avbrott i kontinuitet. Mammografiscreening skulle på ett sammanhållet sätt kunna förläggas utanför bröstcentra i satellitenheter, men dessa behöver kopplas ihop med övriga bröstcentra. Att ha satelliter anses vara bra för att öka tillgängligheten, dock behöver antalet begränsas för att säkerställa kompetensförsörjning. Till exempel är radiolog- och patologresurser i brist varför dessa inte anses kunna spridas ut på flera satellitenheter.

Patologi

I bröstprocessen ska patologer vara en del av det patientnära multidisciplinära teamet, i ett nära samarbete med övriga specialister. Patologen ska helst kunna följa patienten från cytologi fram till den multidisciplinära konferensen. Tillgång ska finnas till ultraljud, finnålspunktioner, biopsier och mammografutrustning.

Den samling av patientvolymen som bröstcentrum innebär ska göra det möjligt för patologer att sub-specialisera sig på bröstcancer och vara del i forskningen. Ett "center of excellence" kan skapas för bröstpatologi på varje bröstcentrum. Genom detta nya arbetssätt, där patologer är direkt kopplade och dedikerade till bröstcentrum, förväntas ledtider kunna kortas.

Kirurgi

Den kirurgiska vården ska bedrivas i närhet till övrig verksamhet så som mottagning och eftervårdsavdelning. Kirurgerna kan vara anställda vid bröstcentrum och därmed frikopplade från övrig kirurgisk verksamhet på sjukhuset.

Det skall finnas en nära samverkan mellan bröst- och plastikkirurgi för att kunna erbjuda patienter onkoplastikkirurgi. Plastikkirurger ska om möjligt finnas dedikerade till bröstcentrum för att göra den plastikkirurgiska vården till en integrerad del av bröstprocessen.

Operationsavdelningen ska vara helt elektiv, och därmed inte hantera akuta fall.

Operationsverksamheten ska finnas nära mammografi och patologi för att möjliggöra pre-operativ service. Eftersom det är relativt få komplikationer i den postoperativa vården så kan patienter i regel gå hem samma dag. För komplicerade undantagsfall behövs tillgång till akutsjukhusets resurser.

Mottagningsverksamheten (mammografi och cytopatologi) ska med fördel ligga i nära anslutning till behandling (kirurgi och onkologi) och rehabilitering.

Onkologi

Den onkologiska delen av bröstcancervården omfattar medicinsk tilläggsbehandling både före och efter operation, strålbehandling, uppföljning och återfallsbehandling. Detta kräver resurser både inom mottagningsverksamhet, behandlingsavdelning, slutenvård och tillgång till strålbehandling. Cytostatika ska förberedas på plats i varje bröstcentrum för att undvika ledtider på grund av transport. För detta och för andra onkologiska behandlingar krävs specialutbildade onkologisjuksköterskor.

Onkologibehandlingar är relativt komplexa och förväntas bli mer komplexa i framtiden, vilket därmed kommer att kräva mer omfattande resurser. Bemanning och kompetensförsörjning inom onkologi behöver därför utformas ur ett långsiktigt perspektiv. En mindre del av bröstpatienterna behöver onkologisk slutenvård. Orsakerna till inläggning är ofta relaterade till pågående behandling

eller nyttillkomna symptom som kräver medicinsk utredning eller behandling i slutenvård. Detta kräver att det i anslutning till bröstcentrum finns tillgång till utökad kompetens inom infektion, smärtlindring, ortopedi och kirurgi. För ett fåtal patienter kan tillgång till intensivvård behövas. Strålbehandling är också en viktig del av bröstcancervården och behöver kunna erbjudas patienten som en integrerad del av bröstcentrums verksamhet. 20% av patienterna får återfall i sin sjukdom, vilket kan kräva att samarbete med hem-sjukvård, rehabiliteringsenheter samt möjlighet till direktinläggning vid akut behov snabbt mobiliseras.

Idén om bröstcentrum bygger på att resurser och olika kompetenser finns tillgängliga och dedikerade bröstcancervården. För att säkerställa kunskapsutbyte och kompetensutveckling inom onkologi kan nya former för samverkan inom denna specialitet komma att behövas. Nya forum, t.ex. i form av kunskapsnätverk, skulle kunna upprättas. Det behöver även finnas kunskap om komplementär medicin då detta är vanligt förekommande bland bröstcancerpatienter.

Rehabilitering och palliativ vård

Cancersjukdom ger patienter symptom och biverkningar som påverkar förmågan att fungera i det vardagliga livet. Bröstcentrum ska erbjuda patienten rehabiliteringsåtgärder som ger kunskap och stöd i att fortsätta det dagliga livet.

Kontaktsjuksköterskan tillsammans med behandlande läkare ska utgöra grunden för det psykosociala omhändertagandet, i kombination med personal från andra discipliner som beteendevetenskap. Denna kontinuitet genom bröstprocessen ska ytterligare stärkas av att bröstcentrum samlar bröstcancerpatienter och på så vis också blir ett forum för interaktion patienter emellan. En möjlighet är även att patientrepresentanter får en fast position på bröstcentrum för att aktivt kunna bidra till patientens återhämtning.

Idag är den tumörbegränsande palliativa behandlingsperioden mycket lång för många patienter. Det kan därför krävas att kontaktsjuksköterskor och onkologer aktivt deltar i samarbetet med sjukhusets palliativa enheter.

Styrning av bröstcancerprocessen

Samverkansprojektet² lyfter i sin slutrapport också fram behovet av anpassning i det större sjukvårdssystemet. För att möjliggöra bröstcentrum behövs även att styrning i övriga sjukvårdssystemet anpassas. Beställarfunktionen på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan behöva omformas för att bli processorienterad, likt bröstprocessen.

Idag sköts olika delar av bröstprocessen av olika avdelningar, vilket skapar bristande överskådlighet och enhetlighet. Detta bör förändras om bröstcancervården ska organiseras och styras som en enhetlig process under ett samlat ansvar.

Beställarorganisationen bör organiseras för att spegla vården, samt att det även kan finnas behov av nya styrmekanismer och arbetssätt för att möjliggöra visionen om en enhetlig och samlad bröstprocess.

2 Samverkansprojektet "Bröstcancercentrum 4D" Slutrapport – Bilaga till Cancerplanen 2013–2015

Ansats och genomförande

De flesta av LHC:s verksamhetsnära studier bedrivs med en interaktiv ansats som kallas aktionsforskning. Det innebär att forskaren är en del av förloppet genom att löpande återskapa och därmed själv påverka processen. Detta skiljer sig från traditionell, observerande forskning där forskaren – efter en eventuell inledande intervention – strävar efter att störa ett förlopp så lite som möjligt och presentera resultaten först efter att studien avslutats. Många former av datainsamling, särskilt intervjuer, innebär dock en påverkan på studieobjektet.

Studiens metodansats:

- Tar ett systemperspektiv för att identifiera och beskriva systemhinder, samt i förlängningen undvika bra men felriktade aktiviteter.
- Lämplig teori och förklaringsmodell väljs utifrån den studerade situationen, baserat på relevans och tillämpbarhet.
- Flera perspektiv och intressen leder till förslag kring hantering av dilemman, snarare än en optimal lösning.

Vi har valt att utforma studien som en analys av hur en förändring mottas lokalt, och vilka uppkomna eller förväntade hinder som behöver hanteras för att förändringen skall få ett lyckat mottagande. Anledningen till att vi valt detta angreppssätt är att det rent vetenskapligt är enklare att identifiera hinder, än att på ett relevant sätt lyfta fram de mest stödjande faktorerna.

Hinder blir tydliga just genom att de utgör hinder, dvs. kritiska faktorer för att förändring inte kommer till stånd. Stödjande faktorer däremot, är i många fall svåra att identifiera som avgörande. Ett exempel kan vara tillgång till elektricitet. Det är en mycket viktig stödjande faktor för de flesta vårdverksamheter, men så länge tillgången är stabil är sannolikheten liten att den kommer att få en avgörande betydelse.

För en översikt över det analysramverk som använts i studien, se bilaga 2.

Mottaglighet ur ett systemperspektiv

Mottagligheten för innovationer i vården beror på många faktorer. Vilka av dessa faktorer som kan verka som hinder för mottaglighet varierar mellan olika verksamheter och sammanhang. Detta leder till att det krävs en bred ansats för att kunna fånga de faktorer som är viktiga i en specifik kontext.

Ett argument för att använda ett systemperspektiv är att traditionella interventionsstudier, där en väl avgränsad och definierad förändring genomförs och studeras medan övriga faktorer hålls lika, är i grunden problematiska när man arbetar med organisatoriska frågeställningar. Antalet faktorer som kan ha avgörande betydelse för utfallet är många. Påverkande faktorer är dessutom inte oberoende. Det blir då svårt att isolera en åtgärd eller faktor, utan man måste ta hänsyn till deras inbördes interaktion – alltså utgå från ett systemperspektiv.

Ansatser designade som traditionella interventioner leder dessutom ofrånkomligt till minskad sannolikhet att förändringen lyckas, då det vid en organisationsförändring alltid krävs att omgivningen och systemet anpassas efter det nya sättet att arbeta.

Detta tillåts inte i den beskrivna typen av studie, eftersom det omöjliggör en strikt utvärdering av den studerade interventionen (om förutsättningarna förändras kan man inte avgöra vad det är som har lett till vilket resultat). Det till synes vetenskapliga sättet att testa en förändring leder i sig själv till att förändringen inte kommer till stånd eller blir kortlivad. Detta är mycket tydligt i många organisatoriska försök i vården (jfr SBU 2010:197).

Intervjuer med nyckelpersoner i verksamheterna

Ett huvudsyfte med denna studie har varit att undersöka hinder eller utmaningar i implementeringen av bröstcentrum. En explorativ ansats har använts för att utforska hur vårdprofessionen och sjukvårdsadministrationen ser på det pågående implementeringsarbetet. En kvalitativ forskningsmetodik har valts, grundad i intervjuer med läkare och nyckelpersoner inom förvaltningen. Intervjuerna har varit semi-strukturerade, vilket innebär att ett frågeunderlag har utgjort utgångspunkten för intervjun, som sedan tagit formen av en mer djupgående diskussion.

Frågorna som ingått i intervjuunderlaget baseras på det ramverk för undersökning av hinder som Leading Health Care tagit fram (Bilaga 2). Intervjuerna har strukturerats på följande sätt:

- Introduktion till studien;
- Öppna frågor till respondent om pågående implementeringsarbete;
- Djupare diskussion om de eventuella problemområden som respondenten själv lyft upp;
- Frågor och eventuell efterföljande diskussion om var och ett av de områden som anges i Leading Health Cares ramverk för undersökning av hinder.

Intervjuer har genomförts med läkare, sjuksköterskor, sjukvårdsförvaltning, patientföreningsrepresentanter samt forskare inom Stockholms läns landsting, och specifikt på Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Totalt har 17 intervjuer genomförts. Intervjuerna utgör grunddata från vilken en övergripande bild tecknats av hinder och utmaningar vid bröstcentrums implementeringsarbete.

Lokala förutsättningar i tre olika fall

Följande avsnitt beskriver det pågående förändringsarbetet på respektive sjukhus i samband med implementering av bröstcentrum. Varje sjukhus har en historia, en verksamhetsmodell och lokala förutsättningar som påverkar implementeringsprocessen. Trots att målbilden är densamma för alla tre sjukhus blir därför det praktiska implementeringsarbetet olika.

3.1 Karolinska sjukhuset: Utökat ansvar men minskad verksamhet

För Karolinska sjukhuset är implementering av bröstcentrum endast en liten del av en mycket stor pågående verksamhetsförändring i samband med byggandet av NKS. Att trots minskad patientvolym kunna dra fortsatt nytta av lokala resurser, och specifikt forskningsinfrastruktur, är centralt.

Karolinska sjukhuset har tidigare varit det enda akutsjukhuset i Stockholm som erbjudit vård inom onkologi (onkologi har även funnits på Södersjukhuset i Karolinskas regi). I och med skapandet av tre bröstcentra så blir onkologivården istället

fördelad mellan tre sjukhus. Detta innebär en rad förändringar för bröstcancervården på Karolinska sjukhuset. Huvudsakligen blir patientunderlaget inom onkologi mindre, samtidigt som vårdpersonal (främst onkologer) byter arbetsgivare. En anledning är att den del av onkologivården som utförts på Södersjukhuset under Karolinskas regi knoppas av och formellt blir del av bröstcentrum på Södersjukhuset.

Karolinska sjukhuset har genom åren utvecklat ett starkt fokus mot forskning i nära samarbete med Karolinska Institutet. Detta påverkar schemaläggning där seniora specialister (som är svåra att ersätta) regelbundet är borta på forskningsprojekt. Minskad resurstillgång i kombination med bröstcentrums processororientering upplevs som svårt att kombinera med forskningsverksamheten. Bröstcentrum beskrivs som en "rulltrappa som inte får stanna", men som kommer i konflikt med rådande forskningsfokus. Även samarbetet med Karolinska Institutet uppges bli mer komplicerat på grund av att KI:s struktur inte följer centrumbildningen.

I och med att patientvolymen (och till viss del även kompetens) sprids ut mellan sjukhusen så uppstår behov av koordinering av forskningen mellan de tre sjukhusen. På Karolinska sjukhuset upplever kliniker att de då inte längre på samma sätt kan dra nytta av den forskningsinfrastruktur som byggts upp genom åren.

Vid formell uppstart av bröstcentrum är Karolinska sjukhuset mitt i en omstrukturering av all vård på sjukhuset samt förberedelse för flytten till nya lokaler i Nya Karolinska Solna (NKS). Därmed sker implementering av bröstcentrum som en mindre del i det stora förändringsarbete som samtidigt pågår. Först när NKS färdigställts och flytten till nya lokaler ägt rum kan bröstcentrum implementeras fullt ut. Detta är till stor del beroende av att byggnation samt övriga förändringsprocesser löper på enligt plan.

För att klara sitt helhetsansvar för bröstcancervård så upphandlar Karolinska sjukhuset screening och diagnostisk kapacitet från underleverantörer. På grund av lagen om offentlig upphandling är detta för Karolinska en relativt lång process med liten flexibilitet. I intervjuer

påpekas att detta påverkar sjukhusets möjlighet att konkurrera med privata aktörer som S:t Görans sjukhus om dessa resurser.

En utmaning som beskrivs av vårdpersonal är att ställa om till att lägga fokus på friska kvinnor istället för bara sjuka patienter. Övertagandet av den totala screening-verksamheten skapar nya, stora volymer av friska kvinnor som tidigare inte hanterats. Även förändrad remittering från primärvården uppges påverka inflödet av patienter och försvåra planering och resursutnyttjande.

Strålningsverksamheten kommer fortsatt endast att finnas på Karolinska sjukhuset, vilket kräver koordinering med övriga bröstcentra som inte själva kan tillhandahålla strålning.

Karolinska sjukhuset står lokalt inför tre betydande utmaningar i samband med skapandet av bröstcentrum:

- Hantering av minskningen av patientvolymer och kompetens inom bröstcancer (främst onkologi);
- Forskningsinfrastruktur riskerar att stå oanvänd utan patientvolymer;
- Det "fysiska" bröstcentrum kan skapas först när NKS är färdigställt och flytten ägt rum.

3.2 Södersjukhuset: Ett delat bröstcentrum

För Södersjukhuset utgörs en betydande del av implementeringen av bröstcentrum av att färdigställa och bemanna en separat enhet för screening och diagnostik, samt knyta ihop denna med övrig bröstcancervård.

Södersjukhuset har redan tidigare haft alla delar av vårdkedjan inom bröstcancer, och därmed innebär inte byggandet av bröstcentrum någon ny vård. Däremot så innebär helhetsansvaret en volymökning. Formellt får även Södersjukhuset en onkologiverksamhet i egen regi. Den onkologiska verksamhet som bedrivits på Södersjukhuset i regi av Karolinska knoppas nu av från Karolinska sjukhuset.

För att hantera volymökningen väljer man på Södersjukhuset primärt att utöka verksamheten istället för att upphandla vård från underleverantörer. Utökningen gäller främst screening och diagnostik, vilket kräver större lokaler och mer resurser. Södersjukhuset har i och med bröstcentrum ett mycket större inflöde av kvinnor på screening, inräknat de patienter som själva känt en knöl i bröstet.

Lokaler finns inte tillgängliga i direkt anslutning till Södersjukhuset utan närmast vid Södra station. För att klara volymökningen har man därför valt att dela upp bröstcentrum i två delar: Screening och diagnostik flyttar till nya lokaler vid Södra station, medan kirurgi, onkologi samt all slutenvård blir kvar i sjukhusets huvudbyggnad. Den diagnostiska enheten vid Södra station blir därmed en av de största i sitt slag.

Planering och förberedelse av de nya lokalerna vid Södra station kräver tid och resurser. Bröstcentrum kan inte startas förrän de nya lokalerna färdigställts, vilket har skapat köer inom bröstcancervården på Södersjukhuset. Den kraftigt utökade diagnostiska verksamheten skapar även ett ökat resursbehov på sjukhuset.

För att införliva de krav på sammanhållen vård som formulerats vid design av bröstcentrum är det av vikt för Södersjukhuset att knyta ihop sin diagnostiska enhet med övrig bröstcancervård på sjukhuset.

Det krävs rent praktiskt att man brygger det fysiska avståndet mellan husen, vilket är ca 15 minuter till fots. För att hantera detta planeras och provas olika lösningar. Som exempel kan nämnas videoupplösning för multidisciplinär konferens samt omläggning av onkologers scheman för patientmottagning på den diagnostiska enheten. En annan utmaning är hur patologer som fortsatt sitter i huvudbyggnaden ska kunna samarbeta med den diagnostiska enheten. Sammantaget berättas vid flertalet intervjuer att planering och flytt av screening och diagnostik till nya lokaler kräver stora insatser och tar fokus från kärnverksamheten.

På Södersjukhuset är följande tre utmaningar utmärkande i samband med skapandet av bröstcentrum:

- Designa och färdigställa en ny diagnostisk enhet vid Södra station;
- Knyta ihop den diagnostiska enheten med övrig bröstcancervård;
- Bemanna utökad screening och hantera ökat patientflöde i vårdkedjan.

3.3 S:t Görans sjukhus: En ny onkologisk dagvårdsavdelning

För S:t Görans sjukhus upptas implementeringen av bröstcentrum till stor del av öppnandet av en ny onkologisk dagvårdsavdelning, samt integrering av denna med sjukhusets övriga sjukvård. Därmed innebär bröstcentrum en utökning av verksamhet och kompetens.

S:t Görans sjukhus upphandlar till viss del screening och diagnostisk kapacitet från underleverantörer. För att tillhandahålla hela vårdkedjan inom bröstcancer behöver dock S:t Görans sjukhus utöka befintlig vårdleverans med onkologi. Sjukhuset har inte tidigare haft någon egen vårdverksamhet inom onkologi, utan remitterat patienter till andra vårdgivare.

I samband med skapandet av bröstcentrum har S:t Görans sjukhus därför öppnat en egen onkologisk dagvårdsavdelning. Den onkologiska dagvårdsavdelningen ligger i direkt anslutning till övrig bröstcancervård, vilket skapar möjlighet till nära interaktion i vårdkedjan.

På S:t Görans beskrivs resursallokering och flexibilitet som centralt när onkologin införs på sjukhuset. Att öppna en ny avdelning innebär en ökning av antalet anställda. Dubbelt så många personer som tidigare skapar ”stora” möten, vilket kräver nya mötesstrukturer. Resten av sjukhuset behöver även ha tillräcklig flexibilitet internt för att hantera nya specialiteten onkologi, vars patienter använder gemensamma resurser och kan behöva kontakt med andra kliniker. En fördel är att man nu slipper överföringar av patienter mellan olika parter, vilket tidigare var fallet både inom mammografi och onkologi.

En utmaning för S:t Görans sjukhus i skapandet av bröstcentrum är att på relativt kort tid etablera den nya onkologiverksamheten. Detta kräver färdigställande av nya specifika lokaler och verksamhetsrutiner. Exempelvis behövs utrustning och nya rutiner för behandling med cytostatika.

Utöver etablering av onkologiverksamheten krävs etablering av samarbete med övriga berörda vårdgrenar på sjukhuset. S:t Görans har ett fokus på flödeseffektivitet och resursmobilitet inom sjukhuset. För att integrera den nya onkologiska verksamheten med övrig vård krävs därför utbildning och förberedelser på andra kliniker, exempelvis infektionskliniken.

För S:t Görans sjukhus innebär bröstcentrum en förändring sedan uppdragsbeskrivningen vid den ursprungliga upphandlingen av bröstcancervård. Detta skapar en viss oklarhet för sjukhuset beträffande exakt vad som ska levereras och hur. Exempelvis upplever man att sjukhusets mål för flödeseffektivitet i vårdkedjan blir svåra att uppnå när strålningen fortsatt är förlagd till Karolinska sjukhuset.

Bröstcentrum innebär också att S:t Görans sjukhus påbörjar forskning inom bröstcancer, vilket kräver utbildning och etablering av nya rutiner. I samband med detta genomgår sjukhuset en ”akademisering” där disputerade forskare anställs.

Kapacitetsmässigt sker även en expansion för att läkare och sjuksköterskor ska kunna få tid över till forskning.

På S:t Görans sjukhus är följande tre utmaningar utmärkande i samband med skapandet av bröstcentrum:

- Etablering och bemanning av en ny onkologisk dagvårdsavdelning;
- Skapande av nya rutiner för samarbete inom bröstcancer-vård samt möjliggörandet av forskning med bibehållen flödeseffektivitet;
- Integrera uppdraget för bröstcentrum med det ursprungligen upphandlade uppdraget.

Mottaglighet i det dagliga arbetet – utmaningar på operativ nivå

Detta avsnitt redogör för de centrala hinder och utmaningar på operativ nivå som vi identifierat i intervjuer med sjukvårdspersonal. Intervjuerna har baserats på LHC:s ramverk för hinderanalys (se Bilaga 2). Fokus för denna del av arbetet har varit att belysa vilka hinder och utmaningar som uppstår på sjukhusgolvet i samband med skapandet av bröstcentrum och en sammanhållen bröstprocess. Då vi hittat liknande utmaningar på den operativa nivån på alla tre sjukhus redovisas dessa på ett sammanhållet sätt istället för separat per fall.

Värt att notera är att införandet fortfarande är i ett tidigt skede, och att det därför i flera fall är för tidigt att tala om observerade hinder. Hindren beror på var i processen sjukhusen befinner sig, och en rimlig utveckling är att flera av dessa kommer att hanteras lokalt.

Det lyfts fram i intervjuer med ledande personer på respektive sjukhus att de har tolkat sitt uppdrag som att RCC:s arbete skall utgöra rekommendationer för en lokal organisation. Det blir då inte frågan om ett införande av en färdig modell utan mer att väga in principer och rekommendationer i den egna verksamheten.

En målsättning är att mätning och uppföljning skall vara jämförbar mellan de olika bröstcentrumen, vilket vi återkommer till i senare diskussion.

4.1 Ekonomi, ersättningsmodeller och budgetering

På verksamhetsnivån går ersättning och resursallokering hand i hand. Ersättningsystemet behöver följa med i utvecklingen mot en processororienterad vård, då detta kräver nya sätt att beräkna och fördela ersättning. Dagens ersättningsystem är inte byggt för att stödja processororientering. Skulle exempelvis ett kirurgbesök i bröstprocessen rationaliseras bort genom multidisciplinär samverkan så får inte kirurgkliniken sin ersättning. Aktiv processförbättring på sjukhuset går därmed stick i stäv med ersättningsystemet, och enskilda kliniker (samt sjukhuset) kan därför förlora på denna typ av effektivisering. Detta bidrar till att vidmakthålla de gamla klinikstrukturerna och motverkar därför implementering av bröstprocessen. En tillfällig lösning är att en klumpsumma allokeras till bröstcentrum, dock krävs på sikt ett ställningstagande kring hur den processororienterade vården ska ersättas.

För att organisera och planera och följa upp resursallokering för bröstprocessen krävs en omställning från klinikfokus till processfokus. I intervjuer påpekas att implementering av bröstcentrum ur ekonomisk synpunkt kräver en omställning inom budgetering, fakturering och andra ekonomirelaterade rutiner.

I och med implementeringen av bröstcentrum ska sjukhusets pengar budgeteras för att följa patienten genom vårdprocessen, vilket kräver insyn i kostnaderna för varje steg i vårdkedjan. Dagens ekonomisystem stödjer inte detta, och ekonomisk överblick finns inte hos någon enskild individ. Detta leder till svårigheter att fördela resurser i vårdkedjan, och i dagsläget måste varje klinik göra mycket pappersarbete för att ta reda på resursåtgången för en specifik diagnos.

Därtill krävs skapande av nya ekonomirelaterade rutiner för att processorienteringen inte ska leda till att någon klinik missgynnas.

Till exempel hamnade man på Södersjukhuset i en situation där två kliniker fakturerade för samma besök, på grund av att ekonomirelaterade rutiner inte hängit med i förändringen mot processorienterad vård. Detta löstes genom att båda kliniker istället framledes fakturerar halva beloppet. Exemplet illustrerar den problematik som kan uppstå.

Centrala frågeställningar som uttrycktes i intervjuerna rörande ekonomi och ersättningssystem:

- *Hur ska vi avgöra vad varje steg i processen kostar?;*
- *Nya rutiner och (ekonomi)systemfunktioner behövs för att gå över till processorienterad vård;*
- *Det lönar sig inte att effektivisera processer med dagens ersättningssystem.*

4.2 Organisation och ledarskap

Att organisera, planera och följa upp processorienterad bröstcancer-vård kräver överblick av vårdprocessen. Information och kunskap på en detaljerad nivå krävs för att överse samtliga steg i patientens väg genom vården. Eftersom bröstcancervården tidigare inte varit organiserad på detta sätt så har denna kompetens inte funnits.

Intervjuad vårdpersonal framhäver att vid implementering av bröstprocessen uppstår behov av simultan överblick över vårdkedjan och insikt i dess olika delar. Tidigare har styrnings- och ledningskompetens varit begränsad till den lokala kliniken. Övergången till processorienterad vård kräver därför förändring av roller och arbetssätt, primärt vad gäller resursallokering och koordinering i vårdkedjan.

En komplicerande faktor är de andra organiseringsinitiativ som pågår samtidigt, främst då på Karolinska sjukhuset, i samband

med införandet av värdebaserad vård. Att då få en helhetsbild över flöden, samverkan och relationer kan vara svårt.

Resursallokering över enhetsgränser

En central fråga som kräver simultan överblick över vårdkedjan och insikt i dess olika delar är att avgöra var resurser ska sättas in. Detta är nära knutet till budgetering. Här behövs kompetensen att överblicka bröstprocessen samt mandatet att arbeta med resursallokering i delar av vårdkedjan som traditionellt hanterats av olika specialiteter.

Centrala frågeställningar som uttrycktes i intervjuerna rörande resursallokering i bröstprocessen:

- *Omorganisering kräver tid: Vem ska sitta var? Hur ska arbetet fördelas? På grund av bristande planering och för få resurser hinner man inte sätta upp samarbetet;*
- *Det finns för få resurser hos radiologer och patologer för att kunna delta i arbetet i bröstcentrum på ett bra sätt, de hinner inte komma på möten;*
- *Klinikerna har svårt att prioritera. Tidigare har man bemannat, nu krävs aktiv planering och resursallokering.*

Koordinering över specialitetsgränser

Utöver kompetensen att på en övergripande nivå sköta resursallokering krävs även att de olika specialistkompetenserna bryggas. Att få till stånd ett sammanknutet patientflöde kräver tätare samarbete mellan specialiteter i bröstcancervårdens olika steg. Detta innebär utarbetande av nya rutiner för samarbete och överlämning mellan specialister.

Till exempel finns ett tydligt behov av nya rutiner för överlämning mellan kirurger och onkologer. Sjuksköterskor inom kirurgi och onkologi har så pass olika kompetenser att det inte är möjligt att ha en person som följer patienten hela vägen genom vårdkedjan.

I intervjuerna påpekas att det är en utmaning att börja tänka "horisontellt", och hitta nya gränssnitt mellan specialiteter.

När flaskhalsar uppstår behövs avlastning, till exempel när det kör ihop sig på mammografi så måste kirurger komma dit och hjälpa till att diagnostisera (s.k. trippeldiagnostik). Ett gemensamt språk och mål behöver byggas upp.

Närmare samarbete och koordinering över specialistgränser medför i vissa fall även nya situationer för specialister som tidigare varit helt fokuserade på endast ett område. Efter skapandet av ett samlat bröstcentrum på S:t Görans sjukhus får till exempel kirurger även träffa mycket sjuka patienter som tidigare endast träffat onkologer. I intervjuerna påpekas även att övergången till processorientering medför att flaskhalsar synliggörs i vårdkedjan, vilket kan skapa irritation hos andra specialiteter. Denna typ av förändringar medför för vissa ett behov av nya fora för ventilering, diskussion och samarbete.

Administrativt upplevs det som svårt att nå ut till alla chefer som behövs för att styra bröstcentrum. Klinikstrukturerna gör att väldigt många chefer måste samlas för beslut om bröstcentrum och bröstprocessen. Det finns även en konflikt mellan resurseffektivitet på klinisknivå och flödesoptimering i den nya bröstprocessen, vilket skapar lojalitets- och prioriteringsfrågor.

Centrala frågeställningar som uttrycktes i intervjuerna rörande koordinering över specialistgränser:

- *Vem ska avgöra var resurser ska sättas in i vårdkedjan?;*
- *Vem tar detta övergripande ansvar?;*
- *Det saknas idag ett forum för att ventilera tankar och samarbeta kring problem i samband med omorganiseringen.*

4.3 Kompetens och roller

Det koordineringsarbete, resursallokering och samarbete som är en grundbult i bröstcentrums sammanhållna vårdkedja kräver roller som planerar och leder över de traditionella specialistgränserna. Att leda bröstcentrum kräver därmed en roll eller flera roller med mandat att fatta beslut som påverkar samtliga specialiteter.

Frågan om hur denna ledning ska se ut kommer upp under intervjuerna på samtliga sjukhus. Ledningen behöver ha mandatet att verka över specialistgränser, vilket det tidigare inte funnits rutiner för. En pressad klinisk vardag gör det svårt att finna tid att utveckla nya roller och strukturer för ledning och koordinering av bröstcentrum.

De olika medicinska kompetenserna inom bröstcancer skiljer sig i sitt sätt att organisera vården, vilket tydliggörs när samtliga ska övergå till en sammanhållen bröstprocess. I intervjuerna tas det upp att bröstcentrum skapar utmaningar relaterade till de olika typer av vård som olika specialiteter är knutna till. Idén om bröstcentrum som en sammanhållen process bygger på grundtanken att patienten kommer in och ut ur bröstcentrum längs en planerad, linjär process. De olika medicinska specialiteterna har dock olika arbetssätt. Onkologi bygger på ett långsiktigt iterativt arbetssätt som inte lika lätt passar in i idén om en sammanhållen bröstprocess som till exempel mammografi och kirurgi. Onkologi kräver kontakt med andra specialistområden på sjukhuset, bland annat infektion och palliativ vård. Detta gör att den flödesoptimering som tillämpas inom mammografi och kirurgi inte lika lätt kan appliceras på onkologin när den sammanhållna bröstprocessen implementeras. Vissa kliniker upplever att onkologin kommer i kläm här.

Införandet av bröstprocessen skapar även en ny situation för kompetensutvecklingen inom respektive specialitet. Till exempel är onkologin beroende av kontinuerligt arbete med andra patientgrupper för att bibehålla sin kompetens. För att kunna verka inom bröstprocessen krävs därför utveckling av nya rutiner för fortsatt kompetensutveckling inom specialistområdet parallellt med den processorientering som bröstcentrum bygger på.

Även radiologi och cytologi är specialismråden som i befintliga strukturer endast ägnar en del av sin tid åt bröstcancer. Därtill är tillgången på dessa kompetenser bristfällig, vilket skapar utmaningar i etableringen av ett fokuserat bröstcentrum.

Centrala kompetensrelaterade frågor som kommit fram i intervjuerna:

- *Vilket kompetensområde ska leda bröstcentrum?;*
- *Hur ska specialistkompetens bibehållas samtidigt som processfokus introduceras?;*
- *Bröstprocessen behöver ta i beaktande den skilda karaktären på vård inom olika specialismråden.*

4.4 Professionella normer

Frågan om professionerna inom bröstcancervården och hur bröstcentrum ska styras kommer upp i intervjuerna. Specialiteterna är ibland skeptiska till att ha en annan specialist som chef. Därtill skapas en fråga om lojalitet. I och med bröstprocessen blir det en utmaning att vara lojal mot både klinikchef och den som chefar över vårdprocessen. I flera intervjuer påpekas att ledarskap är centralt för att detta ska fungera. Bröstprocessen kräver ansvarstagande för hela vårdkedjan, vilket bygger på respekt för andras specialistkunskaper. Därmed införs ett nytt sätt att tänka – ”för patienten, inte för specialiteten”. Detta kräver gemensam prioritering, istället för att frågor på traditionellt sätt löses inom specialiteten, till exempel som ”en kirurgfråga”.

Centrala frågor som kommer upp rörande professionella normer:

- *Vem ska vara chef för vem?;*
- *Processorientering måste finnas även på administrativ nivå;*
- *Ledarskap och lojalitet blir centralt för att bröstprocessen ska fungera.*

4.5 Patientens perspektiv

Senare tids utredningar och lagstiftning har alltmer gått mot att stärka patientens ställning, vilket delvis kan komma att hamna i konflikt med interna organisatoriska avvägningar. Exempelvis när det gäller tillgänglighet och schemaläggning kan det behövas göra avvägningar mellan patientens önskemål och vårdens önskemål.

Vi har vägt in patientperspektivet i studien, och inkluderat patienter / patientrepresentanter i undersökningsunderlaget och datainsamlingen. I en intervju med en representant för patientföreningen lyftes frågor relaterade till de olika områden som behandlats ovan, som organisation och ledarskap, kompetens och roller, samt IT. Dessa har en något annorlunda betydelse ur patientperspektivet.

Intervjuad representant för patientföreningen framhävde vikten av tydlighet i övergångar mellan specialiteter och sjukhus. Här är kommunikationen central genom att det ska framgå exakt vem som är avsändaren till kallelser, samt hur olika parter förhåller sig till varandra. Står det exempelvis bröstcentrum på en kallelse och bröstmottagningen på en annan så kan det ge ett fragmenterat intryck, vilket påverkar upplevelsen av patientsäkerhet. Det kan skapa förvirring gällande vart patienten ska vända sig med eventuella frågor.

Även explicita riktlinjer för patienter gällande när de måste lämna besked huruvida de kan komma en viss tid efterlystes. Detta för att möjliggöra att andra patienter får chans att komma tidigare, samt för att få ett stadigt flöde genom bröstprocessen.

Det påpekas att IT avsevärt skulle kunna underlätta både kommunikation och bokningsprocess, genom exempelvis SMS-påminnelser eller bokning av tid via internet.

Huvudsakliga områden som kom upp i intervjun ur patientperspektivet:

- *Viktigt med tydlighet i kommunikation – ”var i vården är jag”? Är bröstcentrum detsamma som bröstmottagningen? Tillsynes små skillnader i avsändare kan skapa förvirring;*
- *Skapa transparens och smidighet i tidsbokningen, så att patienter inte håller på tider för länge medan andra får vänta;*
- *IT skulle underlätta kommunikation och bokning, t.ex. SMS-påminnelser och webbgränssnitt för tidsbokning.*

Fokus har traditionellt legat på hur en förändring påverkar produktion och medarbetarna. Att även väga in påverkan på patienten komplicerar delvis situationen, och ställer även krav på förmågan att hantera variation i patientönskemål.

Strategisk nivå – koordinering mellan sjukhusen

Skapandet av bröstcentrum innebär något olika lokala utmaningar för de tre sjukhusen som studerats, beroende på deras befintliga situation. Samtidigt står alla tre inför en rad utmaningar som främst handlar om hur komplett, jämlik vård ska levereras vid varje bröstcentrum samtidigt som alla tre bröstcentrum tillsammans ska fungera som en helhet genom samarbete och koordinering.

5.1 Regler och riktlinjer

De tre bröstcentrumen har en inbördes relation präglad av både konkurrens och samarbete. De konkurrerar om patientvolymen, men behöver samarbeta enligt den idé som ligger till grund för centrubildningen. Därav poängteras i intervjuerna vikten av tydliga riktlinjer för vilket ansvar respektive sjukhus har, vilken vård som ska levereras och hur detta ska göras. Eftersom de olika sjukhusen har olika förutsättningar och historik, även i ledningens syn på vården, så blir tydliga regler och riktlinjer desto viktigare. Ett exempel som tas upp är att sjukhusen idag har något olika rutiner för när läkemedel ges till patienten, vilket påverkar vårdjämligheten samt patientens val av bröstcentrum.

Exempelvis lyfter Karolinska sjukhuset fram att deras forskningsstudier kan göra att mer komplicerade patientfall hamnar hos dem, vilket är kostsamt. Alla tre sjukhus är måna om att inte drabbas ekonomiskt.

En annan fråga som tas upp i intervjuer är remittering av patienter från primärvården. Primärvårdens rutiner för remittering av patienter behöver uppdateras i samband med skapandet av de tre bröstcentrumen. Remitteras patienten enligt tidigare rutin så hamnar denna inte på samma sjukhus som tidigare. Primärvården tycks dock inte ha informerats om förändringen i remitteringsrutiner i samband med skapandet av bröstcentrum. Det saknas kommunikationskanaler för att sjukhusen själva ska informera primärvården om denna förändring, samt att det finns inte stöd i primärvårdens journalsystem för att utföra remittering på detta nya sätt.

Huvudsakliga områden som tas upp i intervjuerna rörande regler och riktlinjer:

- *Behov att tydligt svara på frågan – Vad ska finnas var?;*
- *Behovet av kommunikation och implementering av nya riktlinjer för remittering från primärvården;*
- *Tydliga riktlinjer och harmonisering av rutiner mellan sjukhusen, gällande till exempel medicinering.*

5.2 Organisation och ledarskap

Patientinflöde och resurstillgång

Skapandet av bröstcentrum innebär en omfördelning av både patienter och resurser mellan de tre sjukhusen, vilket på kort tid kräver att vården hanterar denna förändring. I intervjuerna lyfts det fram att skapandet av bröstcentrum innebär en förändring av patientinflödet, och leder i kombination med förändrad remittering från primärvården

till att resurser står oanvända på vissa sjukhus medan andra sjukhus får kö, eftersom sjukhusen har olika förutsättningar att hantera detta. För Karolinska sjukhuset till exempel, innebär skapandet av tre bröstcentrum både en minskning av patientvolymerna inom onkologi och att man inte längre blir den enda arbetsgivaren inom onkologi i Stockholm. Detta gör sammantaget att patientinflöde och resurstillgång påverkas, vilket skapar svårigheter i den dagliga verksamheten. Operationssalar står tomma på grund av minskat patientinflöde. Detta upplevs som resursförstöring. Samtidigt har det förekommit köer till operation på de andra sjukhusen.

På S:t Görans sjukhus uttrycks att man genom att på detta sätt allokera patienter efter en plan skapar osäkerhet då utfallet i längden i alla fall kan förväntas bli ett annat.

Strålning kvarstår på Karolinska sjukhuset

Strålbehandling kvarstår på Karolinska sjukhuset, vilket förutsätter gemensam planering mellan sjukhusen för denna del av bröstcancer vården. Samtidigt arbetar varje centrum för att vara komplett och självförsörjande. Detta skapar potentiellt en kluven situation där helhetsplanering och koordinering av respektive bröstcentrum inte kan skötas oberoende av Karolinska sjukhusets planering för strålningsbehandling.

Exempelvis påpekas i intervjuer på S:t Görans sjukhus att aktivt arbete med flödesoptimering och resursallokering försvåras på grund av att strålbehandlingen är i annan regi och därmed inte kan samköras med övriga initiativ.

Forskning kräver en samlad syn och aktiv koordinering mellan sjukhusen

Medicinsk forskning kräver patientvolym, vilket medför att patienter aktivt måste rekryteras till studier från alla tre sjukhus. Innan skapandet av bröstcentrum, gjordes de flesta forskningsstudierna

inom bröstcancer på Karolinska sjukhuset. Som enda vårdgivare inom bröstoncologi i Stockholm har ett stort patientunderlag funnits, vilket möjliggjort forskningsstudier. En fördelning av bröstcancervård på tre sjukhus innebär ett större behov av koordinering mellan sjukhusen för att aktivt samla patienter som kan delta i forskningsstudier.

Detta förutsätter en samlad syn på forskning samt aktivt samarbete och koordinering. Ett samarbete för uppbyggnad av gemensamma rutiner och infrastruktur för att stödja forskning pågår, men därtill behöver patienter som passar i olika studier på ett effektivt sätt identifieras och vid behov förmedlas till rätt plats.

För att få tillräckliga volymer måste studier fördelas mellan de tre bröstcentrumen. Forskningsstudier kan i vissa fall kräva ”akademisering” av sjukhuset, i form av bland annat anställning av disputerade läkare. Även avtal med företag måste hanteras. Därtill behövs en ny organisation för kliniska studier. Tidigare fanns endast en klinisk prövningsenhet på Karolinska sjukhuset. Nu ska den delas mellan de tre centrumen.

Eftersom forskning drivs i separat finansierade projekt (antingen via läkemedelsbolag eller anslag) så blir det ännu en dimension att pussla ihop i organisationen. Koordinering och målfokusering av forskning på bröstcentrum skapar även behovet att hitta nya gränssnitt mot KI, vars organisation inte följer bröstcentrums.

För att patienter ska ha lika chans att delta i studier oavsett vilket sjukhus de vårdas på, behövs en aktiv koordinering mellan sjukhusen.

Huvudsakliga punkter som framförts i intervjuerna rörande organisation och ledarskap:

- *Det uppstår frustration över upplevd resursförstöring och köbildning. En omflyttning av patientvolym och resurser mellan sjukhusen behöver aktivt harmoniseras för att inte skapa flaskhalsar och outnyttjade resurser. Strålningen som kvarstår på Karolinska sjukhuset försvårar detta;*

- *Mindre patientvolym för forskning på varje sjukhus förutsätter koordinering mellan sjukhusen och att patienter aktivt rekryteras till studier. Här saknas tydliga "spelregler" eller riktlinjer;*
- *Läkemedelsstudier och kirurgistudier tar tid och resurser i form av bland annat extra provtagningar. Det krävs en parallell organisation för detta på varje sjukhus, men idag finns ingen standard för detta och inget sätt att säkerställa det.*

5.3 Tekniska system och IT

I intervjuer med vårdpersonal på samtliga tre sjukhus kommer frågan upp: *Hur ska sjukhusen kopplas ihop för vård och forskning?*

Dagens IT-system tillåter i relativt liten grad förmedling av information mellan sjukhusen. Systemintegration mellan sjukhusen skulle behövas för att möjliggöra koordinering mellan sjukhusen i patient- och forskningsarbete.

Bröstprocessen som bärande idé i skapandet av bröstcentrum kräver att resursallokering, planering och koordinering sker utifrån ett processperspektiv. Detta förutsätter IT-stöd för denna vårdmodell. Dagens IT-system är dock föråldrade och fyller inte funktionen att stödja vårdprocessen. Framförallt skulle IT-systemet behöva möjliggöra en översikt och integration av de olika stegen i bröstprocessen.

Potential för integration mellan sjukhusen finns då både Karolinska sjukhuset och Södersjukhuset har journalsystemet TakeCare. Men inom detta system går det idag inte att söka i journalanteckningar, vilket skapar utmaningar, då sömlös överföring av information är en grundsten i den sammanhållna vårdprocessen. En läkare exemplifierar att om de har en metastaspatient och vill se vilka behandlingar denna fått tidigare, så måste de manuellt på egen hand sammanfatta detta utifrån tidigare journalanteckningar.

Att S:t Görans sjukhus har ett annat journalsystem försvårar därtill integration mellan sjukhusen i form av remittering och informationsdelning. Flera av sjukhusens respektive underleverantörer har även olika journalsystem.

Huvudsakliga områden inom tekniska system och IT som uttrycks i intervjuerna:

- *Brist på IT-integration försvårar koordinering och kommunikation;*
- *Det handlar om att kunna kommunicera och tillgängliggöra information mellan specialiteter och sjukhus;*
- *Bristande IT-integration skapar manuellt arbete.*

Centrala dilemman

Vid implementering av bröstcentrum uppstår hinder och utmaningar både på strategisk nivå och på den operativa nivån. Denna studie visar på flertalet utmaningar som kan förväntas i en förändringsprocess av denna omfattning. Dock finns några centrala områden som verkar vara källor till flertalet utmaningar. Att aktivt adressera dessa områden skulle därför kunna skapa en stabilare situation i uppbyggnaden av bröstcentrum och övergången till processorienterad vård.

6.1 Möjliggörande av samarbete trots konkurrens

Idén om bröstcentrum är en koordinerad, sammanhållen bröstcancervård som vilar på tre självförsörjande och autonoma bröstcentrum. I implementeringsarbetet ska alla tre sjukhus lämna sin tidigare klinikorienterade bröstcancervård, både mentalt och fysiskt, för att istället arbeta runt patienten. Samtidigt som det egna bröstcentrumet ska göras till det bästa, så ska kontinuerligt utbyte och samarbete ske med övriga bröstcentrum för att gynna den större bröstcancervården i Stockholm.

Dessa samtidiga krav på integration och differentiering mellan sjukhusen skapar en otydlig situation. Flertalet intervjuade påpekar att det finns oklarheter i exakt hur vården ska fördelas mellan sjukhusen, i termer av ansvarstagande för bröstcancervårdens olika delar. Koordinering och samarbete mellan sjukhusen innebär att både ge och ta, och det måste finnas tydligt specificerat vilka grundregler och incitament som finns för detta. Även strukturer och forum som stödjer det nya arbetssättet bör sättas upp på ett tidigt stadium. Här krävs två huvudsakliga ingredienser: konsekventa riktlinjer och ersättningssystem för att reglera samverkan, och transparens i form av infrastruktur för samarbete och informationsutbyte.

Konsekventa riktlinjer och ersättningssystem behövs för att stödja samarbetet mellan sjukhusen och dra nytta av deras respektive styrkor. Sjukhusens historiskt olika profiler gör nämligen att deras bidrag till den samlade bröstcancervården naturligt skulle se olika ut. Karolinska sjukhuset har en utbyggd forskningsinfrastruktur medan S:t Görans sjukhus arbetat länge med flexibilitet och flödes-effektivitet. Det saknas riktlinjer för hur respektive sjukhus ska använda sina styrkor för att bidra till samarbetet. Hur ska deras respektive infrastruktur- och managementsystem användas i det större bröstcentrumet (bestående av tre sjukhus) för att på bästa sätt gagna helheten? Ska alla sjukhus vara lika bra på allting? Sådana frågor framkommer tydligt i denna studie, och bidrar till ambivalens i implementeringsarbetet.

På samma sätt skapar ett föråldrat ersättningssystem problem när patienter potentiellt ska omfördelas mellan sjukhusen, till exempel för att ingå i forskningsstudier. Att få ersättning för antalet patienter som vårdas går stick i stäv med att skicka iväg patienter till andra sjukhus (än mer för forskning som inte ersätts i samma system). För att en sådan omfördelning ska bli ekonomiskt försvarbar behöver en samlad ersättningsmodell för alla tre bröstcentra införas, och denna behöver på något sätt kompensera för omfördelning av patienter. Sjukhusen behöver konkurrera och samarbeta på lika villkor med tydliga riktlinjer och incitament.

Annars riskeras huggsexa om olika patientgrupper, samt opportunistiska förfaranden i samarbetsituationer baserat på drivkraften att gynna den egna ekonomin (samt rådande lokala ledningsfilosofi).³

Utöver riktlinjer och incitament krävs en gemensam infrastruktur för samarbete och informationsutbyte. Ett tydligt exempel som kommer fram i studien är den bristande IT-integrationen som gör informationsutbytet i det kliniska arbetet mödosamt. Utan fullgott systemstöd blir det både mödosamt och kostsamt att slussa patienter mellan vårdgivare och att identifiera passande forskningsstudier på andra sjukhus. Då blir resultatet som bäst tre autonoma, fullgoda bröstcentrum, men inte en sammanhållen bröstcancervård över institutionsgränser.

Utöver IT behövs även design och etablering av gemensamma samarbets- och beslutsföra. Att ”brygga” sjukhusen genom att regelbundet och strukturerat sammanföra personer från respektive sjukhus är en förutsättning för sammanhållning. Detta krävs för utveckling av ett stadigt samarbete, en gemensam styrningsfilosofi och uppstart av gemensamma projekt. Varje sjukhus är naturligt upptaget av att hantera den interna situationen, och i denna kontext bör kraften av att bygga en plattform som förenar sjukhusen inte underskattas.

3 LHC har i flera tidigare studier visat att ersättningssystem kan utgöra hinder för att genomföra en förändring. Ett exempel är den relativt spridda, men paradoxala uppfattningen att processintegrering och helhetssyn kan skapas genom en högre precision och detaljering i ersättningssystemet. För en utförligare genomgång av hur ersättningssystem kan påverka den generella förändringsförmågan i en organisation, se rapporten *Ekonomi för förändring* (LHC 2017:2).

6.2 Stödstrukturer vid omställning till processororienterad vård

I studien framkommer att omställningen av bröstcancervården mot processororientering är ett krävande arbete i den dagliga vårdverksamheten. Här blottas fundamentala konflikter mellan målet om processorganisering och den princip som ligger till grund för dagens sjukvård, nämligen organisation baserat på klinikernas kunskapspecialisering. Omställningen från klinik till process behöver därför stöttas mer aktivt, för att inte gå stick i stäv med den specialisering som sjukvården är byggd kring.

Bröstcentrums syfte är ju inte att släta ut eller bryta upp de medicinska specialiseringar som ligger till grund för dagens bröstcancervård. Istället är tanken att dessa ska komma till bättre nytta för patienten genom att integreras i en vårdprocess istället för att verka i separata administrativa enheter (kliniker). Denna skillnad är central, då målet är att de administrativa silos som hittills fragmenterat bröstcancervården nu ska integreras, men samtidigt ska kunskapspecialiseringar bibehållas och fortsatt fördjupas. Med andra ord – kirurger ska exempelvis ha nära samarbete med onkologer – men de ska inte kunna onkologi (och tvärtom). Av detta följer att det i förändringsarbetet krävs fortsatt kunskapspecialisering, samtidigt som dagens administrativa enheter slätas ut och integreras.

Medan kraven på förändring pekar mot horisontellt samarbete över specialitetsgränser, är styrningen fortfarande i stor utsträckning vertikal. Av studien framgår att detta skapar vad som upplevs som konflikterande mål – den vertikala specialistsammanhållningen och utbytet ska kvarstå samtidigt som specialisterna framförallt ska verka ”horisontellt” i samarbete med vårdpersonal från andra specialiseringar. Detta blir lätt en dragkamp mellan klinikchef och processansvarig. Det blir en fråga om lojalitet mot och tro på den traditionella kliniken *eller* den nya processororienterade vården. Som framgår i studien skapar dessa konflikterande mål friktion och ambivalens i omställningsarbetet.

För att underlätta omställningen behövs stödjande strukturer. Ett sätt vore att stödja omställningen genom införande av nätverk och fora som stödjer önskad riktning i förändringsarbetet.

Skapande av åtminstone temporära fora och strukturer av detta slag skulle kunna åläggas sjukhusen mer explicit, alternativt skulle stöd kunna erbjudas från centralt håll. På detta sätt skulle de ”mellanrum” som bildas mellan sjukhus och mellan specialiteter kunna överbryggas mer aktivt. Det är i slutändan upp till varje sjukhus att införa egna lösningar, men förslag på hur detta ska fungera skulle även kunna detaljeras i ett centralt framtaget initiativ (i samarbete mellan klinikerna).

Det kan upplevas som om RCC får två olika budskap från linjen. Å ena sidan lägger framför allt ledningen stor vikt vid att RCC:s roll inte är att styra verksamheten, utan det måste vara linjens uppgift. Å andra sidan finns det ett önskemål från personer i verksamheten att få hjälp och svar på frågan kring vad man skall göra för att det skall bli bra. Vi har uppenbarligen en osäkerhet här, och vi skall i nästa avsnitt diskutera vilken roll RCC kan ta för att stödja det vidare arbetet.

Implikationer för RCC:s verksamhet

Vi har i denna studie även undersökt hur de studerade organisationerna ser på RCC:s roll. Det framgår i undersökningen att det har funnits olika idéer kring hur RCC ska verka, och det har upplevts finnas ett behov av att reda ut hur det skall utformas i framtiden för att fungera på ett bra sätt för alla parter.

RCC är en organisation som sitter vid sidan om linjen, men med ambitionen att stödja och i viss mån påverka linjens arbetsätt. Det är en utmaning man delar med såväl stabsfunktioner inom en organisation som med externa konsulter. RCC kan i det sammanhanget ses som en extern stabsavdelning till sjukhusen. RCC har ett uppdrag att skapa en enhetlig bröstcancerprocess, men man har inga linjebefogenheter eller sanktionsmöjligheter, andra än indirekt via den centrala förvaltningen/beställarorganisationen. Det gör att förankring i och löpande involvering med de mottagande organisationerna blir viktig. Det är tydligt från intervjuerna med ledningen på de tre sjukhusen att det finns ett behov av att klargöra roller och mandat.

Synpunkter från ledningspersoner på de tre sjukhusen, som illustrerar tvetydigheten kring RCC:s roll och mandat:

- *RCC bör ligga tydligt inom HSF, och vara en beställarröst. Idag finns det andra överlappande grupperingar, det bör koordineras bättre.*
- *RCC har en otydlig roll i en governance-struktur. Det kan inte finnas någon som flyger vid sidan av linjen, det blir otydligt.*

Som vi ser i ovanstående citat är en återkommande fråga vilket mandat RCC har och bör ha. Hur vi kan förstå RCC:s roll ur ett organiserings- och styrningsperspektiv? Detta kan inte förstås utan att titta närmare på karaktären på den verksamhet som ska styras.

7.1 Professionell organisation – utmaningar

Organisationer kan karakteriseras enligt ett antal arketyper med olika inneboende särdrag, enligt Henry Mintzberg (1973). En av dessa är den professionella byråkratin.

En professionell byråkrati kännetecknas av stabilt och komplext arbete, decentraliserat beslutsfattande, och att varje professionell expert arbetar oberoende i den enskilda situationen, med eget ansvar för sitt arbete/sin patient. Koordinering sker genom gemensamma normer. Arbetet är för komplext för att kunna standardiseras. Det är beroende av personliga bedömningar och konsultationer snarare än standarder.

Denna beskrivning stämmer bra på det sätt vårdyrkena arbetar och är organiserade. Vi kan därför använda insikter kring professionsdrivna organisationer för att se vilka konsekvenser det får för försök att skapa standardiserade processer och arbetssätt. Några problem i en professionell byråkrati är enligt teorierna att:

- koordination mellan professionella experter sker inte av sig själv;
- innovation och förändring blir svårt – man verkar i en oflexibel och autonom struktur där det tar lång tid att få till förändring.

En observation kring professionella byråkratier är att genomgripande förändring i grundläggande arbetssätt är svår att åstadkomma genom externt formulerade policies. Det leder så gott som alltid till motstånd, eftersom det upplevs som ett intrång på det professionella området där de externa parterna anses sakna kompetens. Varaktig förändring sker därför oftast gradvis och med koppling till den professionella miljön snarare än via administrationen.

Skapandet av RCC är delvis en följd av den första utmaningen, att koordinering inte sker av sig själv. Men skapandet av RCC stöter på problem vad gäller mottagarorganisationens inbyggda motstånd mot externa initiativ till förändringar. Det har hanterats inom RCC genom att i hög grad involvera de medverkande organisationerna, och bygga framtagandet på expertkunskap, genom att involvera personer med expertis och erfarenhet från respektive organisation. Vi har dock fortfarande problematiken med stor autonomi och svårighet att koordinera mellan enheterna.

7.2 Vad ska en extern förändringsagent tillföra?

En inte helt ovanlig situation är att outsiders (politiker, landstingsledning, myndigheter) ser problem och försöker påverka detta med extern kontroll, till exempel genom standarder, genom uppföljning på specifika indikatorer, eller genom direkt tvingande föreskrifter. Sjukhusen har en vilja att råda över sin egen situation, och har goda argument för att inte detaljstyras av sina huvudmän/beställare. Det är dock inte samma sak som att de kan ha helt fria händer att göra vad man själv anser vara bäst. Det finns, och måste finnas, styrsystem. Frågan blir hur långt dessa skall få sträcka sig, samt vem som skall ha rätt att utforma dem.

Här uppkommer frågan om vilken roll RCC har eller bör ha, och med vilka mandat de kan påverka handling. Här är relationen mellan RCC och landstingets övergripande styrning viktig att klargöra. Ett sätt att beskriva RCC är som en extern förändringsagent.

Ett annat sätt är att se RCC som en del av beställarfunktionen. Vi kommer här främst att diskutera RCC:s roll som extern aktör, och inte gå in i beställarfunktionens utformning.

Uppgifterna för en extern förändringsagent kan vara tidsbegränsade eller permanenta. Ett exempel på en tidsbegränsad insats är att ta fram ett underlag som stöd i valda frågor, till exempel ett förslag på bröstcancerprocess. När förslaget tagits fram lämnas det över till mottagarorganisationen. Här har frågan kommit upp i vilken omfattning RCC bör vara involverade i själva införandet av det nya arbetssättet, eller om det skall vara upp till den lokala organisationen, det vill säga i vilken mån man ska vara styrande eller stödjande. En permanent uppgift som RCC har tagit på sig är att samordna eller ta ansvar för mätning och uppföljning av relevanta processparametrar. Ett tredje syfte som lyfts fram är att verka som en nod för kunskap och som en arena för kunskapsutbyte. Frågor och utmaningar kring dessa tre teman tas upp nedan.

Styrande eller stödjande

Vid framtagningen av underlag för en sammanhållen bröstcancerprocess har RCC fungerat som en koordinator och kunskapsnod.

Införandet av bröstcancerprocessen i de olika organisationerna går som vi har sett med varierande hastighet, beroende på kringfaktorer såsom lokalfrågor samt pågående omorganisationer och flyttar. En fråga som uppstår är i vilken grad RCC skall vara involverade i detta senare skede, och hur det i så fall skall organiseras.

När det gäller lokal utformning av arbetssätt och processer uppstår frågan vilka mandat RCC kan och ska ha vad gäller utformningen och genomförandet. Här är de tillfrågade relativt eniga, RCC kan som extern aktör inte ha en styrande funktion, det måste ske i linjen. Det gör också att arbetet rimligtvis rör sig om att ta fram förslag som i varierande grad införs i de mottagande organisationerna.

RCC har gjort bra saker, men de har gått direkt till verksamheten och kortslutit linjen, det är inte bra.

RCC sitter under beställaren, som skall fördela pengar, och kan därför ställa kvalitetskrav på utföraren, de bör vara målstyrande, inte process-styrande. RCC har dock historiskt sett process-styrt.

Det är viktigt att RCC inte skall process-styra, det är sjukhusets uppgift att organisera sin verksamhet. Man kan ge mål men skall inte bestämma processer.

I längden kan RCC inte vara en styrande organisation, men gärna stödjande, mätande och uppföljande.

Det har visat sig att det på sina håll upplevs som att det finns ett kunskapsunderskott i verksamheten kring hur den nya organisationen är tänkt att fungera på golvet, och att den lokala ledningen inte fullt ut hanterar detta. Hur skall man praktiskt lösa samverkan och koordinering när man skall arbeta tvärfunktionellt och på ett annat sätt än man gjort tidigare? Här kan RCC ta en viktig roll, men det bör ske tillsammans med linjeorganisationen. Det kräver dock att linjeorganisationen har förmåga och resurser att arbeta med organisationsfrågor och omställning.

Mätning och uppföljning

En annan möjlig roll för en extern förändringsagent är att som utomstående part samla och sammanställa relevanta mätetal kring resultat inom de områden man har ansvar för. Här är kvalitetsregister en del, men även andra siffror är av intresse, såsom verksamhetsutfall och icke-medicinska data. Detta är en mer långsiktig uppgift, och även den är relevant vad gäller bröstcancerprocessen. En balans mellan volym, kvalitet och arbetsinsats är som alltid nödvändig. I denna studie har vi sett att det ofta upplevs som om insamling av data är delvis okoordinerad, relativt omfattande, och ibland med oklar nytta.

Att mäta och följa upp är beställarrollen, det passar RCC. RCC kan ge råd, och mäta, men inte ta ansvar för resultat eller arbetssätt.

Idag finns det alltför många indikatorer och mätetal, och många är dessutom manipulerbara, det behöver ansas. Men mognaden kommer nog med tiden.

Processmått – nej, utfallsmått – ja. Men utfallsmåtten måste bli färre och bättre. Operativa mått nej, det måste finnas frihet lokalt.

Problemen med processmål kan illustreras med exempel från bröstcancerprocessen, där organisationerna har valt olika strategier vad gäller egen organisation, och därför kommer att ta till sig och anpassa den föreslagna processen på olika sätt. Det är därför inte rimligt att utvärdera resultat utifrån hur väl respektive organisation följer den tänkta modellen, utan snarare fokusera på hur väl man lyckas uppnå de tänkta målen. Detta kan ske på olika vägar, men frågor som behöver ställas kring mätning är vad som görs med den data som finns tillgänglig, vem analyserar och agerar, vem betalar för merarbetet, och vad får data användas till? Det är ett stort steg från att följa upp till att styra med mätetal som indikatorer.

Kunskapsnod

RCC har fungerat som en samlande nod för arbetet med bröstcancerprocessen, men har bemannat mycket av arbetet med resurser från de berörda organisationerna. Det har upplevts som positivt.

RCC har fungerat som en nod, skapat nätverk och ett sätt att dela med sig av erfarenheter mellan sjukhusen. Det tar mer resurser än om man gör det själv, men är antagligen bra för slutresultatet.

RCC som kunskapsorganisation är utmärkt, man kan samla och syntetisera, men inte blanda ihop det med uppföljning, föreskrifter eller regler för linjen.

Man är bra men får inte gå in i processerna. Det måste tydliggöras att de inte har mandat i linjen.

En kunskapsnod kan vara tillfällig eller permanent. RCC har fungerat på båda sätt, och kan även framåt välja att verka både med riktade insatser och som en löpande analysenhet/kunskapsbas. En möjlig uppgift kan vara att fungera som en arena för inblandade parter att mötas och samarbeta kring en fråga som rör cancerområdet. Det innebär en roll som kan vara tillfällig, och där målet är att arbetet tas över av linjen lokalt efter en projektfas.

Det är bra med fokus, att någon lyfter frågorna, men när det stabiliserat sig kan RCC fasas ut, göra sig själv överflödiga, när linjen tagit över.

RCC har gjort en plan för bröstcentrum, och tycker att det är klart för deras del. Det är det kanske, men verkligheten är långt efter planen.

En ide är att RCC borde flytta ut kunskapen, "train the trainer", inte behålla den. Man kan fungera som katalysator ett tag, men sen skall linjen bestämma och driva.

Det finns dock risker med att arbeta med tillfälliga insatser i projektform. Förankringen i linjen blir ofta bristfällig, och risken finns att resultat blir tillfälliga, eller saknas helt, om det inte upplevs som en långsiktig satsning.

En del pengar som kommit via RCC har varit stöd i form av kortsiktiga pengar, kan vara farligt i längden.

Rollen som kunskapsnod kan även vara permanent, antingen i form av organisatör av återkommande sammankomster, eller genom att vissa resurser knyts upp för att samla och sprida kunskap. Det kan även kombineras med en analys av mätning och uppföljning som diskuterats ovan.

Omfattningen av arbetet som kunskapsnod kan variera, och blir därmed en strategisk fråga som bör hanteras av landstingsledningen.

7.3 Möjliga roller i organisationsförändring – vägar framåt

I föregående avsnitt har vi presenterat våra observationer från det praktiska arbetet med att förändra bröstcancerprocessen, samt diskuterat utmaningar och dilemman som RCC måste hantera när det gäller att definiera och utforma sin roll i förändringsarbetet. I detta avslutande avsnitt sammanfattas våra tankegångar mer generellt kring möjligheter som RCC (och andra förändringsagenter i liknande positioner) skulle kunna tillämpa för att ta tillvara på insikterna.

Förutom LHC:s egen forskning har vi inspirerats av andra aktionsforskningsinriktade projekt kring utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Bl a Zuiderent-Jerak (2007), som har studerat olika sätt som har använts och används för att utveckla integrerade vårdkedjor ("integrated care pathways") inom olika vårdområden. Det i praktiken vanligaste förhållningssättet har varit (och är fortfarande) att först utveckla detaljerade manualer för hur olika vårdkedjor ska vara utformade, för att därefter försöka införa dessa färdiga modeller i praktiken. I det arbetet har ofta implementeringsproblem uppstått liknande dem som beskrivits i denna rapport.

Ett annat förhållningssätt, som också har tillämpats i praktiken om dock mer sällan, är lokalt situerad utformning av vårdkedjor. En sådan utformning bygger på att man driver en lokal process där man ägnar sig åt en kritisk värdering av nyttan och relevansen för den aktuella vårdverksamheten av att använda sig av olika varianter av organisatoriska systemlösningar, samtidigt som man förhåller sig lika kritiskt utvärderande till rådande arbetssätt och organisering. I det fallet blir utformningen av vårdkedjan eller vårdnätverket resultatet av en mångfald av lokalt anpassade processer.

Coaching och översättning – en proaktiv roll

En möjlig utgångspunkt är att en extern förändringsagent som RCC inte ska förmedla några färdigutvecklade förändringsförslag, utan inrikta sig på att förmedla grundläggande reformprinciper, koncept eller ”teman” som varje lokal praktik har stor frihet att arbeta vidare med.

Man kan placera en fråga på verksamheternas dagordning, till exempel sammanhållning och kontinuitet i en vårdprocess. Då kan det vara klokt att ge mer eller mindre obegränsat utrymme för lokal kreativitet kring hur frågan ska hanteras. Utgångspunkten är att kunskap om hur en organisationslösning fungerar i ett lokalt sammanhang inte med självklarhet kan överföras till ett annat sammanhang (Fernler, K. 2012). Därför blir en viktig uppgift att möjliggöra, kanske till och med underlätta för värdeskapande om- tolkningar och anpassningar, utan att förlora styrinitiativets syfte.

I syfte att assistera i det lokala arbetet behöver man lägga kompetens och resurser på att ge stöd åt lokala aktörer i att driva sin egen verksamhetsutveckling. Snarare än att ta fram en rekommendation som kan införas generellt, satsar man i detta scenario på stöd att assistera den lokala praktiken med förslag, som tar in lokal kunskaps- generering och analyserar de grundläggande principer som lösningen bygger på. En sådan sammanställning kan ge ett underlag till, och utgöra en uppmantran till lokala ledare om strukturerad och systematisk reflektion innan man fattar beslut om organisationslösning.

Fånga upp vad som görs – en reaktiv roll

En annan utgångspunkt är att en extern förändringsagent som RCC framförallt ska ägna sig åt att samla in och sprida exempel på hur olika lokala verksamheter arbetat med utveckling utifrån liknande grundproblem. Idén är här inte att man ska sprida exempel på ”best practice”, eller ens från centralt håll utse och beskriva särskilt lyckade reformprocesser. Skälet är att utifrån ett systemperspektiv är det sällan en bra strategi att försöka imitera en ”best practice” som utformats utifrån specifika förutsättningar i en specifik situation.

Bättre är då att lokalt verksamma i samtal eller via studiebesök hämtar inspiration och idéer från andra verksamheter vars ansatser och tillvägagångssätt man sedan kan ta med sig och anpassa till hemmasituationen.

Möjligheterna att stödja lokala verksamheter både proaktivt och reaktivt i att utforma sitt eget förändringsarbete skulle också kunna kombineras. Till exempel i form av öppna möten som återkommande samlar verksamheter som för tillfället är engagerade i liknande förändringsprocesser, men kanske har kommit olika långt med dessa. Syftet kan vara att bolla problem, sprida idéer till lösningar eller bara regelbundet dryfta det lokala processarbetet. Snarare än att guida processen mot rätt/fel bör den externa aktören ha ambitionen att agera som neutral facilitator i dessa utbyten.

Det som då utvecklas är förmågan hos lokalt verksamma ledare att uppfatta och agera utifrån förutsättningarna i den situation och omvärld som deras organisation befinner sig i. Att driva implementeringsprocesser handlar då mer om att mobilisera lokala intressegrupper och att vara lyhörd för behovet av lokala modifieringar och anpassningar. I detta ingår att tillgängliggöra data som är relevant för förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Här har hela vården en stor och viktig utmaning.

Datadrivet utvecklingsarbete – en sökande roll

Föregående möjliga roll för en extern förändringsagent som RCC handlar om att plocka upp problem och förändringsförslag från verksamheterna. Ett annat alternativ till att hitta uppslag till förändring är datadrivet utvecklingsarbete. Detta kan ses som ett komplement till de ovan beskrivna strategierna, eller ett möjligt försteg. Det grundläggande problemet är att all vård och omsorg produceras i mötet mellan patient/brukare och professionerna. Om inte detta möte förändras, så händer inget med kvalitet eller effektivitet, annat än av slump (jfr Effektiv Vård, SOU 2016:2). Som framgått av fallstudierna i denna rapport är vi dock dåliga på att ur våra nuvarande system plocka fram mikrodata.

Data på makro- och mesonivå, som till exempel jämförelse mellan landsting eller i vissa fall kliniker utifrån vissa specifika indikatorer eller inom vissa specifika sjukdomstillstånd, har vi relativt bra koll på. Men det är inte här kompetenslyftet behövs.

Styrning och uppföljning är till syvende och sist inte till för att ledningen ska se hur det har gått. Det är ett verktyg för att man på verksamhetsnivå ska kunna göra ett bättre jobb. Det kräver system som är till stöd i det dagliga arbetet och som ger snabb och lokal återkoppling. Från förvaltningsperspektivet kan det kännas ovant att utgå från verksamhetens behov och inte från förspecifierade indikatorer när data tas fram. Det är ett fundamentalt skifte i synen på utveckling och hur utveckling drivs.

För att den ”sökande rollen” ska fungera i praktiken krävs en satsning på kompetenstillskott och utveckling inom de administrativa funktionerna såsom controllers, verksamhetsutvecklare, dataanalytiker. Ofta hävdas att det inte finns medel till sådana tjänster, men det är troligt att endast en promilles förbättring av användningen av alla vårdmiljarder med råge skulle finansiera en riktig analysenhet. En lärdom från framgångsrika internationella exempel i detta avseende är att de har lyckats knyta verktygen till det lokala sammanhanget. Först då kan verklig och varaktig förändring komma till stånd.

	Proaktiv	Reaktiv
Praktisk	Initiera projekt, kommunicera målbild, facilitera initiativ, agera stöd i att hantera utmaningar	Fånga upp vad som görs, samla och sprida exempel, skapa arenor för nätverkande
Analytisk	Analytiskt drivet utvecklingsarbete, identifiera behov, hitta potential för förbättring	Följa upp, utvärdera planerade och oförutsedda resultat, verka för lärande på central såväl som lokal nivå

Figur 3. Verksamhetsutvecklingens fyrfältare (utvecklad från LHC 2017:1).

Referenser

- Fernler, K (2012). *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*, kapitel i *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*. LHC Report Nr 2, 2012.
- Bilaga Cancerplanen 2013–2015. *Pilot Bröstcancer 4D*. Slutrapport. Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland.
- Krohwinkel, Anna, Rognes, Jon, Winberg, Hans (2017). *Ekonomi för förändring: Ersättningsystem för innovation – en vägledning*. LHC Report Nr 2, 2017.
- Krohwinkel, Anna, Alvehus, Johan, Ekholm, Anders, Rognes, Jon, Winberg, Hans (2017) *Från flytt till förändring: En studie av verksamhetsutveckling i Region Skåne*. LHC Report Nr 1, 2017.
- Nielsen et al. (2010). *Implementering – Teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Mintzberg, Henry (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harper & Row.
- Von Bahr, Louise, Bastholm Rahmner, Pia (2017). *Min vårdplan bröstcancer i en app – patienter och kontaktsjuksköterskors upplevelse av en ny app i vården*. SLL styrdokument, Diarienummer: HSN 1304-0509.
- SBU 2010:197. *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Bilaga 1:

Uppdragsbeskrivning bröstcentrum

Utdrag

Källa: SLL styrdokument, Diarienummer: HSN 1304-0509.

Inledning

Uppdraget avser Stockholms läns landstings (SLL) verksamhet för bröstcancerscreening, klinisk utredning av personer som söker för bröstsymtom samt bröstcancervård inklusive rehabilitering. Målet är ett personcentrerat, säkert, jämlikt och effektivt omhändertagande. I denna bilaga refereras Vårdgivare som bröstcentrum för att understryka ansvaret för en sammanhållen vårdprocess. Utöver vad som beskrivs i denna bilaga gäller Huvudavtalets villkor.

Sammanfattning av Uppdrag Bröstcentrum

Uppdraget består av screeningverksamhet samt utredning av kliniska bröstsymtom. Uppdraget innefattar vidare ansvar för de personer som efter screening eller utredning är i behov av fortsatt utredning, primärbehandling, tilläggsbehandling och uppföljning. Bröstcentrum har även ansvar för symtom- och tumörbegränsande behandling vid spridd sjukdom. I uppdraget ingår att erbjuda grundläggande rehabilitering under och efter kirurgisk och onkologisk behandling samt att säkerställa att patienten får tillgång till specialiserad rehabilitering vid behov.

- För patienter som återinsjuknar ansvarar bröstcentrum för hela vårdprocessen från metastasutredning, behandling och rehabilitering fram till avslutande av onkologiska behandlingar.
- För patienter och anhöriga med misstänkt risk för ärftlig bröstcancersjukdom ska bröstcentrum erbjuda adekvat utredning och uppföljning.

- Bröstcentrum har också ansvar för att forskning bedrivs i vårdprocessen och att resultat återförs till den kliniska verksamheten.
- Vägledande ska vara regional cancerstrategi och plan i SLL, se Vårdgivarguiden.

Målgrupp

Bröstcentrums verksamhet ska vända sig till den kvinnliga befolkningen i Stockholms län som ingår i målgrupp för screeningverksamhet samt de personer som själva söker eller som remitteras till centrumet för vidare utredning.

Samverkan

Bröstcentrum ansvarar för samverkan och en tydlig ansvarsfördelning med andra vård- och omsorgsverksamheter i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd 2011:9 kap 4. Bröstcentrum ska samverka för ett gott omhändertagande av patientens barn enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2 g § HSL om barn som närstående.

Samverkan med övriga bröstcentrum inom SLL

- Patienten kan välja att byta till ett annat bröstcentrum under utredningens eller behandlingens gång. Patienten ska beredas möjlighet till ett informerat val utifrån aktuella väntetider och andra förutsättningar på annat bröstcentrum.
- Bröstcentrumen ska samarbeta och bistå varandra vid långa väntetider. Bröstcentrumen ska samarbeta under sommaren samt storhelger för att trygga en god och säker screeningverksamhet och utredning samt bröstcancervård.
- Samverkan med övriga bröstcentrum avseende forskning ska ske på ett sådant sätt att patienter inte drabbas av förseningar i sin utredning eller behandling, eller av annan negativ inverkan på vårdprocessen.

Skyldigheter avseende tillgänglighet

Bröstcentrum ska följa gällande regionala tillgänglighetskrav avseende screeningverksamhet samt cancerutredning och cancervård.

- Patienter under behandling ska kunna kontakta bröstcentrum dygnet runt vid akuta besvär. I de fall symtom kan relateras till bröstcancer och ej kräver en akutmottagnings resurser ska patienten handläggas direkt på bröstcentrum. Under jourtid kan bedömning ske på akutmottagning. Efter medicinsk bedömning och då slutenvård är aktuellt ska direktintag ske för patienten.
- Efter avslutad uppföljning ska personen kunna kontakta bröstcentrum för rådgivning. Symtom, där misstanke om återfall i sjukdomen befaras, ska utredas av bröstcentrum. Om symtom inte kan relateras till bröstcancer ska personen hänvisas till lämplig vårdinstans.
- Bröstcentrum ska vara tillgängligt för frågor och råd via telefon, internet och Mina Vårdkontakter. För screeningverksamhetens bildtagningsfunktion ska även web-ombokning och val om att kunna bli aviserad/kallad via e-post samt få SMS-påminnelse kunna ske på Mina Vårdkontakter.

Underleverantör

Bröstcentrum ansvarar för eventuell underleverantörs åtagande så som sitt eget. Bröstcentrum ska särskilt uppmärksamma underleverantör om kravet av en sammanhållen vårdprocess. Deluppdraget Bröstcancerscreening kan inte skiljas från deluppdraget Utredning. Screeningverksamhetens bildtagningsfunktion kan skiljas från uppdraget och avtalas om med underleverantör.

Lokalisering

All verksamhet ska bedrivas inom Stockholms län. Screeningverksamhetens bildtagningsfunktion ska spridas till flera än en geografisk plats inom upptagningsområdet.

Uppföljning

Bröstcentrum ska rapportera och leverera data samt resultat till Beställaren enligt gällande indikatorlista. Uppföljning avser hela uppdraget där bröstcentrum rapporterar och svarar för eventuell underleverantörs data så som sin egen. Bröstcentrum ska delta i uppföljningstillfällen som anordnas av Beställaren och Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland (RCC).

Specifikation av uppdraget och krav på tjänsten

- Varje patient med misstänkt eller bekräftad diagnos bröstcancer ska diskuteras på MDT, både inför preoperativa och postoperativa behandlingsbeslut. I konferensen ska utredande bröstradiolog och utredande patolog, kirurg och onkolog samt kontaktsjuksköterska eller motsvarande delta. Andra kompetenser ska konsulteras alternativt inbjudas att delta i MDT utifrån patientens eventuella övriga sjukdomar eller behov.
- Varje patient ska ha en Individuell Vårdplan så som den beskrivs inom ramen för SKL:s utvecklingsarbete "Ännu bättre cancervård". Bröstcentrum ska utveckla sin mall för Individuell Vårdplan i enlighet med det nationella utvecklingsarbetet. Senast i samband med diagnos ska en Individuell Vårdplan upprättas tillsammans med patienten. Den Individuella Vårdplanen ska kompletteras i varje steg av behandling, omsorg och uppföljning.
- Varje patient som är aktuell för kirurgisk och/eller onkologisk behandling av bröstcancer ska senast i samband med diagnosbesked erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskans uppdragsbeskrivning ska motsvara den nationella funktionsbeskrivningen för kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterska ska utöver uppdrag enligt funktionsbeskrivning uppmärksamma behov av stöd till barn (0–18 år) med sjuk förälder.
- Radiolog inom radiologisk bröstdiagnostik ska fördela sin arbetstid mellan screeningverksamhet och bildiagnostik i utredningsverksamheten.

- Screeningverksamheten ska följa Socialstyrelsens gällande rekommendationer om screeningprogram för bröstcancer.
- Bröstcentrum ska följa Strålsäkerhetsmyndighetens gällande krav och regler.

Bilaga 2.

Mottaglighet och hinder vid organisationsförändring – ramverk för analys

Nedan beskrivs ett ramverk som utgör ett försök till syntes av ansatser för att beskriva olika kontextuella faktorer som kan utgöra hinder för mottaglighet, det vill säga påverka upptag, införande och spridning av innovationer negativt. Inspiration är hämtad från framför allt innovationsforskning, organisationsteoretisk implementeringsforskning och forskning om förändringsledning.

För varje huvudkategori ges ett antal exempel på hur hinder kan uttrycka sig inom kategorin. Det betyder inte att de kategorier som redovisas nödvändigtvis är ömsesidigt uteslutande. Gränsen mellan t ex ledarskap och professionella normer får dras från fall till fall, beroende på innovationens art. Det finns också relationer mellan olika kategorier som inte framgår när kategorierna beskrivs för sig, t ex mellan ekonomisk styrning och ansvarsfördelningen mellan olika enheter och avdelningar. Fördjupande resonemang kring de olika typerna av hinder och deras samband återfinns i appendix.

Slutligen ska exemplen på hinder nedan ses som en rålista. Varje studie genomförs som en delvis iterativ process där vi håller öppet för att nya slags hinder kan upptäckas på vägen.

Ekonomi och ersättningsmodeller

- Kostnader och vinster hamnar i olika enheter
- Nya innovativa aktiviteter ersätts inte i dagens system
- Budgetsystemet försvårar finansiering och genomförande
- Långsiktig medelstilleddning, svårt få medel efter projektfasen
- Omfördelning av resurser över tid

Regler och riktlinjer

- Förändringen tillåts inte inom ramen för nuvarande regelverk
- Genomförandet försvåras av exempelvis upphandlingslagstiftning
- Kunskapsstyrning släpar efter eller är för specialiserad
- Uppdatering av riktlinjer tar lång tid
- Konkurrens/konflikt mellan olika regleringar, omöjligt att följa alla
- Följsamhet till nya riktlinjer är dålig, svårt få till förändring

Organisation och ledarskap

- Problem med roller och ansvarsfördelning mellan enheter/avdelningar
- Olika mål för olika enheter/avdelningar som måste samverka
- Personrelaterade samarbetssvårigheter
- Projektet motverkas av andra uppsatta mål

Tekniska system och IT

- Existerande IT-system stödjer inte innovationen
- Dålig kompatibilitet med andra tekniska system
- Närliggande avdelningar saknar ny teknik
- Resurser för förändring av teknikstöd saknas
- Konflikter med andras krav på tekniska lösningar

Professionella normer

- Problem med roller och ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper
- Förändringströghet – så har vi aldrig gjort
- Innovationen svår att förena med etablerade sätt att agera
- Innovationen skapar en ofördelaktig bild av delar av nuvarande verksamhet

Kompetens och kompetensutveckling

- Personalrotation försvårar lärande
- Kompetens hos dagens personal passar inte nya arbetssättet
- Rekrytering av ny kompetens en flaskhals
- Tid och resurser för utbildning

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnersnätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE