



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

JÖNKÖPING ACADEMY  
For Improvement of Health and Welfare



# Minska oplanerad inläggning genom förbättrad vårdkoordinering

Fallstudie av ett förbättringsarbete med fokus på  
mikrosystemens förmåga att samordna vården kring  
patienter med cancersjukdom

**HUVUDOMRÅDE:** *Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd*

**FÖRFATTARE:** *Kristina Lifvergren*

**HANDLEDARE:** *Martin Reijler*

**JÖNKÖPING** 2017-2020

## **Förord**

Jag vill rikta ett stort tack till handledaren Martin Reijler och coachen Susanne Gustavsson som båda har bidragit till att förbättringsarbetet och studien genomförts. Arbetsprocessen har varit lärorik och spännande på många sätt.

Jag vill även tacka alla medarbetare i förbättringsteamet från kirurgavdelning 51–52, kirurgmottagningen, onkologmottagningen och den palliativa enheten. Tack för att jag, tillsammans med er, fick prova olika förbättringsmetoder och verktyg i arbetet. Riche Picture var en utmaning. Jag har lärt mig mycket av er och det hade aldrig gått att genomföra det här projektet utan er. Tack Sabina och Catarina, enhetschefer på kirurgavdelningen, för ett gott samarbete. Ett särskilt tack till verksamhetschef Magnus Olsson som gav uppdraget till förbättringsarbetet. Henrik Carlsson, ett stort tack till dig för att du alltid är så snabb med att ge mig dataunderlag.

Jag vill även tacka min f.d. chef, Carina Broman, för många givande samtal i bilen till Skövde. Samtalen peppade mig när det ibland var tungt. Jag vill även rikta ett tack till mina före detta arbetskamrater inom VU, som jag fick testa mina nya kunskaper från utbildningen på, ni är guld värda för varje verksamhet.

Avslutningsvis vill jag särskilt tacka Svante, min älskade make, för utan dig hade jag aldrig påbörjat utbildningen, inte heller kunnat avsluta den.

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Svensk hälso-och sjukvård står inför stora utmaningar i framtiden. Antalet äldre cancerpatienter med komplexa vårdbehov kommer att öka samtidigt som resurserna inte säkert kan öka i samma takt. Samma utmaning råder för kirurgkliniken på Skaraborgs sjukhus, där förbättringsarbetet genomfördes.

**Syfte:** Förbättringsarbetet avsåg att utveckla en mer integrerad cancervård, där mikrosystemen samordnades bättre längs patientens väg genom vården. Det specifika målet var att minska andelen oplanerade inläggningar för cancerpatienter från 15,9% till 10% och att öka andelen patienter inskrivna i palliativ vård från 20% till 30 %, fram till 1 april, 2020. Syftet med studien var att undersöka hur fyra löst kopplade mikrosystem kunde förbättra samarbetet och därmed bättre koordinera vården för de gemensamma patienterna.

**Metod:** Ett multiprofessionellt team med representanter från mikrosystemen tillsattes. De arbetade tillsammans med problemet utifrån Nolans modell för förbättringsarbete. En fallstudiedesign kombinerad med kvalitativa och kvantitativa metoder användes för studien. Data hämtades från intervjuer, anteckningar, deltagande observationer samt tidsserie- och styrdiagram.

**Resultat:** Förbättringsarbetet nådde inte fullt ut de uppsatta målen. Studien visade ändå på flera framgångsfaktorer som kompletterar befintliga strategier för att bättre samordna löst kopplade mikrosystem.

**Slutsatser:** Den gemensamma patientens behov är den största drivkraften för att öka samverkan mellan löst kopplade mikrosystem.

**Nyckelord:** Cancervård, förbättringsarbete, lärandemekanismer, mikrosystem, återinläggningar

## Summary

**Background:** The Swedish healthcare system faces great future challenges. The number of elderly cancer patients with complex care needs will increase while, simultaneously, the available resources to meet the needs probably cannot increase at the same rate. The same challenges are prevalent at the surgical clinic at the Skaraborg Hospital Group, where this improvement project took place.

**Purpose:** The aim of the improvement project was to develop a more integrated cancer care, where microsystems were better coordinated along the patient's care pathway. The specific aim was to reduce the proportion of unplanned admissions for cancer patients from 15.9% to 10%, and to increase the proportion of patients enrolled in palliative care from 20% to 30% until April 1, 2020. The purpose of the study was to investigate how four loosely coupled microsystems could improve their collaboration, thereby better coordinating care for their common patients.

**Method:** A multiprofessional team with representatives from the microsystems was established. Using Nolan's model for improvement they worked together to solve the problem. A case study design combined with qualitative and quantitative methods was used for the study. Data was collected from interviews, notes, participatory observations as well as from run- and control charts.

**Results:** The improvement project did not fully reach the targets that were set. Nevertheless, the study revealed several success factors that complement existing strategies to better coordinate loosely coupled microsystems.

**Conclusions:** The common patient's needs are the main motivational drivers to improve collaboration between loosely coupled microsystems.

**Keywords:** Cancer care, improvement project, learning mechanisms, microsystems, readmissions

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>5</b>
Cancervård i Sverige .....	5
Cancervård i Västra Götaland.....	6
Kontaktsjuksköterska .....	6
Undvikbar återinläggning och oplanerad återinläggning .....	7
Mikrosystem.....	7
Förbättringskunskap.....	9
Cancervården på Skaraborgs sjukhus .....	10
Problemformulering.....	12
<b>Syfte</b> .....	<b>12</b>
Syftet med förbättringsarbetet .....	12
Målet med förbättringsarbetet .....	12
Syftet med studien .....	12
Forskningsfrågor: .....	12
<b>Metod</b> .....	<b>12</b>
Metod för förbättringsarbetet .....	12
Metod för studien .....	17
Etiska överväganden .....	19
<b>Resultat</b> .....	<b>19</b>
Resultat av förbättringsarbetet.....	19
Resultat av studien.....	23
<b>Diskussion</b> .....	<b>25</b>
Resultatdiskussion .....	25
Metoddiskussion.....	29
<b>Slutsatser</b> .....	<b>31</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>32</b>
<b>Bilaga 1. Mikrosystemet utifrån 5 P</b> .....	<b>36</b>
<b>Bilaga 2. Riche Picture</b> .....	<b>38</b>
<b>Bilaga 3. Ischikawadiagram</b> .....	<b>39</b>
<b>Bilaga 4. Handlingsplan utifrån släktskapsdiagram</b> .....	<b>40</b>
<b>Bilaga 5. Inbjudan till fokusgrupp</b> .....	<b>41</b>
<b>Bilaga 6. Informationsbrev intervju</b> .....	<b>42</b>
<b>Bilaga 7. Lösningförslag</b> .....	<b>43</b>
<b>Bilaga 8. Innehållsanalys</b> .....	<b>48</b>

## Inledning

”Karin har precis fått besked om att hon har cancer i gallblåsan och kontaktsjuksköterskan sitter kvar en lång stund hos Karin efter det att läkaren lämnat rummet. Kontaktsjuksköterskan går igenom vad som kommer att hända härnäst, frågar Karin om hennes hälsotillstånd och familjesituation och de upprättar en vårdplan tillsammans. Det sista kontaktsjuksköterskan säger är att om det är något kan Karin alltid kontakta henne. Några dagar senare får Karin oerhörda smärtor i magen. Hon ringer då sin kontaktsjuksköterska, som i sin tur kontaktar det mobila teamet. Sjuksköterskan i det mobila teamet åker hem till Karin och tillsammans med ansvarig läkare gör de en bedömning och ordinerar smärtbehandling. I vårdplanen kan sjuksköterskan läsa vad som planerats och de uppdaterar vårdplanen tillsammans med Karin och övriga vårdgivare i mikrosystemet (mikrosystem förklaras närmare i bakgrunden). Efter ett par dagar ringer kontaktsjuksköterskan till Karin för att fråga hur hon mår. Karin berättar att hon känner sig trygg eftersom hon har fått ett bra stöd av sin kontaktsjuksköterska som ger henne information om vad som är nästa steg i behandlingen och vilka eventuella biverkningar som hon kan få. Dessutom upplever Karin att det är lätt att få kontakt med vården då hon behöver den.”

Detta är en fiktiv berättelse över hur en välfungerande koordinering av flera mikrosystem skulle kunna fungera, där patienten är delaktig utifrån sina unika förutsättningar.

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar som kommer att medföra ökade vårdbehov. Den demografiska utvecklingen innebär att antalet äldre medborgare ökar samtidigt som andelen yngre i befolkningen minskar. Utvecklingen innebär en omvänd ålderspyramid utifrån ett nationellt perspektiv, även om pyramiden kan komma att se olika ut i olika delar av landet (SOU, 2016:2). Samtidigt utvecklas de medicinska och tekniska aspekterna av vården, vilket innebär att allt fler behandlingar kan erbjudas allt fler patienter. Antalet patienter med komplexa vårdbehov kommer därmed att öka, inte minst äldre patienter med cancer (SOU 2009:11). För att möta dessa utmaningar måste vården bli effektivare, dvs. hälso- och sjukvårdssystemet behöver bli bättre på att erbjuda en integrerad vård av hög kvalitet som är anpassad efter den unika patientens/personens sammansatta behov (Cartmell & Coles, 2000; Coulter & Ellins, 2006; Kvåle & Bondevik, 2008; SOU, 2009:11). Det senaste decenniet har integrerade vårdmodeller utvecklats för multisyuka patienter med komplexa vårdbehov. Preliminära resultat visar att vårdmodellerna, genom ett mer utvecklat samarbete mellan mikrosystemen, bättre tillfredsställer patienternas behov samtidigt som oönskad vårdkonsumtion minskar (Norén & Segerberg 2019; SOU 2016:2). Liknande vårdmodeller behöver med stor sannolikhet utvecklas även för cancerpatienter med komplexa vårdbehov (SOU, 2016:2).

Förbättringsarbetet i den här studien syftar därför till att undersöka och utveckla hur ett mellanstort sjukhus i västra Sverige arbetar för att dess cancervård bättre ska koordineras och integreras utifrån den unika patientens vårdbehov.

## Bakgrund

### Cancervård i Sverige

Myndigheten för Vårdanalys (2017) skriver att risken för att insjukna i de flesta cancerformer ökar med stigande ålder. Med en växande andel äldre i befolkningen blir ökningen av antalet cancerfall påfallande stor och allt fler behandlingar mot cancer kan erbjudas till fler patienter tack vare att den medicinskt-tekniska specialiseringen utvecklas i snabb takt. Under 2017 rapporterades cirka 67 000 nya fall av maligna tumörer till cancerregistret (Socialstyrelsen, 2019) - en ökning med 11% från året innan. Cancerbehandlingen består idag främst av kirurgi, strålning, medicinsk behandling (läkemedelsbehandling) och stamcellstransplantation. Allt eftersom utveckling sker av olika behandlingsmetoder ökar andelen patienter med kroniska sjukdomar som överlever och får sin behandling under längre tid (a.a). Vården kommer i framtiden att möta fler patienter med komplexa vårdbehov som kommer att kräva en välfungerande, koordinerad och integrerad vård som utgår från patientens unika behov och förutsättningar (SOU, 2016:2). Den ökade förekomsten av cancersjukdomar måste matchas mot vårdens ändliga resurser (SKL, 2016; SOU, 2009:11; SOU, 2016:2).

## Cancervård i Västra Götaland

Varje år diagnosticeras drygt 12 000 personer med en cancersjukdom i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götaland, 2018). I det avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i Västra Götaland beskrivs hur regionen ser på framtidens utmaningar och vilka krav de kommer att ställa på de olika vårdgivarna (Västra Götalandsregionen, 2017). Fokus ligger på utvecklingsåtaganden såsom gemensamma mobila vårdformer med förebyggande insatser för riskgrupper, vilket inbegriper patientgrupper med cancersjukdomar. Det krävs en förändrad vårdlogik – från reaktivt till proaktivt arbete samt från en process- till en mer koordinerande och integrerande nätverkslogik utifrån patientens perspektiv.

Inom cancerrehabilitering, som ska erbjudas till alla cancerpatienter och deras närstående (Regionalt Cancercentrum, 2019), är kontaktsjuksköterskan den som ansvarar för att samordna de olika professionernas vårdinsatser. Genom att tidigt identifiera patientens olika problemområden kan teamet runt patienten tillsammans erbjuda insatser för att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av en cancersjukdom och dess behandling. Komponenterna i ”...ett hållbart vårdssystem – delar i en helhet som skapar värde” beskrivs i Regionalt cancercentrum Väst utvecklingsplan (RCC, 2015, s. 36). RCC Väst menar att svensk hälso- och sjukvård behöver påbörja omställningsarbetet redan nu för att möta det framtida behovet av cancervård. Genom att utveckla vården kring de mest sjuka äldre, och patienter med cancersjukdom, samt öka samverkan mellan de olika vårdenheter som patienten kommer i kontakt med under sin vård, kan patienter och närstående uppleva ökad trygghet och delaktighet till samma eller lägre resurs (Norén & Segerberg, 2019).

## Kontaktsjuksköterska

I den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11) beskrivs vikten av att patienter med cancerdiagnos ska ha en fast vårdkontakt. Sedan 2009 har konceptet fast vårdkontakt utvecklats och från 2014 har patienter med nydiagnostiserad cancer rätt till en namngiven kontaktsjuksköterska (SFS, 2014:821, SOU, 2009:11). I den nationella beskrivningen av kontaktsjuksköterskans skriftliga uppdrag anges kontaktsjuksköterskans roll, ansvar och uppgifter (RCC, 2019). Det kan exempelvis handla om evidensbaserade bedömningar av patientens behov och åtgärder, uppföljning av insatta åtgärder samt att ansvara för att en individuell skriftlig vårdplan - ”Min vårdplan” - upprättas. Andra uppgifter är att ge stöd till patient och närstående vid en krisreaktion, säkerställa patientens delaktighet och inflytande i sin egen vård, genomföra aktiva överlämningar vid byte av ansvarig vårdgivare samt representera patienten i multidisciplinära ronder/möten.

I en studie som genomfördes i Örebro och Uppsala där syftet var att beskriva och utvärdera kontaktsjuksköterskors verksamhet avseende vårdkvalitet ur patientens perspektiv kunde tre olika modeller av kontaktsjuksköterskans arbetssätt identifieras: ”Modell 1 var en ’Holistisk och personcentrerad omvårdnadsmodell’, Modell 2 var en ’Fragmenterad och behandlingsorienterad vårdmodell’ och Modell 3 var ’En chimär – Ett namn på ett papper’” (Larsson & Bjuresäter, 2016, s.1), se tabell 1. Patienternas upplevelse av de tre modellerna visade att de som träffade kontaktsjuksköterskan i modell 1 kände sig trygga och säkra genom hela vårdkedjan. Patienter som träffade kontaktsjuksköterskan i modell 2 och 3 upplevde en känsla av osäkerhet och ovisshet kring sin uppföljning. De visste inte vad som var kommande steg i deras vård och uttryckte att de inte ville störa personalen. Troligtvis finns alla tre arbetssätten på Skaraborgs sjukhus representerade i mikrosystemen. Genom att utveckla kontaktsjuksköterskerollen och tillse att det finns tillräckliga resurser men också en ökad förståelse för vad ett holistiskt och personcentrerat arbetssätt innebär kan sannolikt oplanerade och önskade inläggningar minskas.

Tabell 1. Kontaktsjuksköterskans arbetssätt - översikt av respektive modell avseende organisatoriska förutsättningar, upplägg, innehåll och fokus för vården (Larsson & Bjuresäter, 2016).

Modell 1	Modell 2	Modell 3
<p>Tid för uppdraget som kontaktsjuksköterska finns avsatt. Tillgänglig på särskild kontaktsjuksköterskemottagning 1–5 dagar/vecka. Besökstid: 60 min (nybesök), 30-60 min (återbesök). Vid frånvaro täcker annan kontaktsjuksköterska upp. Kontakt genom hela eller större delen av vårdkedjan oavsett kliniktilhörighet. Tåta intervall för monitorering och uppföljning efter avslutad behandling med egna möten/kontakter. Bedömning av symtom, problem och behov ur ett helhetsperspektiv. Aktiva överlämningar till annan kontaktsjuksköterska.</p>	<p>Tid avsatt för uppdraget som kontaktsjuksköterska förekommer delvis. Tillgänglig i mån av tid inom ramen för ordinarie tjänst. Tid avsatt för patientkontakter: 60 min (nybesök), 30–45 min (återbesök). Vid frånvaro täcker annan kontaktsjuksköterska upp. Kontakt i huvudsak före och under behandling. Glesa intervall för monitorering och uppföljning efter avslutad behandling företrädesvis i samband med återbesök till läkare. Fokus på att monitorera behandlingsresultat och biverkningar. Aktiva överlämningar till annan kontaktsjuksköterska.</p>	<p>Tid för uppdraget som kontaktsjuksköterska avsatt i liten eller ingen omfattning alls. Tillgänglig i mån av tid inom ramen för ordinarie sjukskötersketjänst. Vid frånvaro täcker annan kontaktsjuksköterska upp ibland. Tid avsatt för patientkontakter: 15-30 min (nybesök tillsammans med läkare), 0 min (återbesök). Kontakt i mån av tid i huvudsak före behandling i samband med läkarbesök. Inga aktiva överlämningar till annan kontaktsjuksköterska</p>

## Undvikbar återinläggning och oplanerad återinläggning

Med undvikbar återinläggning avses i allmänt patienter som vårdas i slutenvård med sjukdomstillstånd som – med en optimalt fungerande öppenvård, kommunal hemsjukvård och primärvård – inte skulle behövt slutenvård (Jencks, Williams, & Coleman, 2009). Västra Götalandsregionen definierar undvikbar återinläggning som "...antagande om att patienter med utvalda sjukdomstillstånd får optimalt omhändertagande i öppenvården så kan man förhindra vissa inläggningar på sjukhus." I samma dokument finns även definitionen på oplanerade återinläggningar inom 30 dagar: "Belyser allt för tidig utskrivning eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården inte är tillräckligt samordnad" (Västra Götalandsregionen, 2015, s.2). Inom cancervården kan begreppet återinläggning inom 30 dagar emellertid anses vara mer komplext. Viktiga frågor som t ex patientens preferenser vad avser slutenvård alternativt vård hemma för upplevd trygghet behöver tillvaratas.

Som beskrevs inledningsvis är ett förbättrat samarbete mellan de vårdenheter - *mikrosystem* - som tillsammans ansvarar för patienter med cancersjukdom förmodligen en nödvändig förutsättning för bättre cancervård och därmed färre undvikbara återinläggningar.

## Mikrosystem

Mikrosystem är enheter där hälso- och sjukvårdens multiprofessionella team och en avgränsad grupp av patienter samt deras närstående möts. I mikrosystemet skapas vårdens värden och det är där som medarbetare tillsammans med patienter och närstående har störst möjlighet att utveckla verksamheten (Nelson, Batalden, Huber, Mohr, Godfrey, Headrick, & Wasson, 2002). Ett välfungerande mikrosystem delar samma värderingar och har ett gemensamt informationssystem som stödjer vårdprocesser, uppföljning av resultat och lärande. Det centrala i varje mikrosystem är patienten (Nelson, Batalden & Godfrey, 2007). När patientens behov men också identifierade styrkor är utgångspunkt för den individuella vårdplanen tas patientens egenkraft tillvara samtidigt som medicinska/omvårdnadsbehov tillfredsställs (Ekman, 2014), vilket är av stor betydelse inom cancervården när patienten flyttas mellan de olika mikrosystemen. Patienter med cancersjukdom som får cytostatikabehandling går på onkologmottagningen, som är *ett* mikrosystem. Men om patienten får komplikationer av cytostatikabehandlingen och har behov av inläggning, dvs. ett förändrat vårdbehov uppstår, flyttas patienten till kirurgavdelningen som är *ett annat* mikrosystem. När cytostatikabehandlingen avslutats övergår patienten till kirurgmottagningen, eller remitteras in till den palliativa enheten som bedriver



specialiserad palliativ vård, med ett mobilt team och vårdavdelning (RCC, 2016). Kirurgavdelningen och den palliativa enheten är *ytterligare två mikrosystem* som patienten kan komma i kontakt med under sin sjukdomstid. I en mer utvecklad cancervårdsprocess där alla mikrosystem inklusive mobila vårdenheter samverkar, skulle vården kunna effektiviseras och därmed bidra till att möta de beskrivna framtida utmaningarna för våra cancerpatienter. För att få förståelse för hur mikrosystemen samverkar med varandra behöver medarbetare från de olika mikrosystemen träffas och utveckla vården tillsammans och utifrån patienternas gemensamma såväl som unika behov.

Den nationella patientenkäten (2018) på Skaraborgs sjukhus (SkaS) visade emellertid goda resultat i alla dimensioner inklusive kontinuitet och koordinering, men inom varje dimension fanns det variation och förbättringsmöjligheter (tabell 2). 70% av patienter inom den kirurgiska slutenvården svarade att de upplevde att de fick känslomässigt stöd om de kände oro, ångest, rädsla eller liknande. Inom den kirurgiska öppenvården upplevde 80 % att de fick känslomässigt stöd och av de patienter som varit på den onkologiska mottagningen ansåg 97,6% att de fick ett bra stöd.

Tabell 2. Nationella patientenkäten 2018, andel positiva svar. Resultat från SkaS Skövdes kirurgiska öppen- och slutenvård samt onkologimottagning.

Dimensioner	Kirurgisk Öppenvård	Kirurgisk Slutenvård	Onkologisk öppenvård
Helhetsintryck	89,7%	88,1%	95,7%
Emotionellt stöd	85,3%	86,4%	94,2%
Delaktig och involvering	87,8%	81,4%	94,5%
Respekt och bemötande	89,4%	83,1%	95,8%
Kontinuitet och koordinering	86,7%	81,2%	93,4%
Information och kunskap	82,5%	77,5%	91,6%
Tillgänglighet	88,7%	86,4%	97,3%

För att bäst kunna möta patienter med cancersjukdom med sina särskilda behov behöver vården växla mellan olika värdelogiker i mikrosystemen: värdeprocesser, värdecenter och värdenätverk. (Christensson et al., 2009; Stabell & Fjeldstad, 1998). Exempel på den första logiken är t ex *patientfokuserade värdekedjor* eller processer där alla aktiviteter sker sekventiellt för att skapa värde för patienten. *Värdecenter* (One-stop clinic) är nästa logik, där de olika värdeskapande aktiviteterna sker parallellt. Ett bra exempel på det kan vara när personer utreds för misstanke om cancer och de olika utredningarna sker "parallellt" utan onödig väntan för patienten. Den tredje logiken är *Samverkande värdenätverk* som kännetecknas av att flera vårdgivare samverkar tillsammans med patienten för att möta patientens unika vårdbehov, men också för att stärka patienters egenkraft. För att samverkan ska fungera behövs det individuell patientmonitorering, ledningscentral med kontaktsjuksköterska, mobila vårdteam, vårdplatser på avdelning som patient kan läggas in på direkt utan att passera akutmottagning, aktiv hälsostyrning med tidigt insatt cancerrehabilitering, säkra utskrivningar med en aktuell, uppdaterad vårdplan samt att aktiva överlämningar sker till nästa vårdgivare (a.a). Alla ovanstående aktiviteter måste koordineras i de olika mikrosystemen runt patienten med cancersjukdom.

I en vårdprocess för patienter med cancer och komplexa vårdbehov behöver samverkan ske enligt alla tre värdelogiker beroende på var i processen patienten befinner sig. Tidigare studier kring nätverkslogik har gjorts utifrån den nära vården i form av mobila team för t ex multisjuka äldre samt patienter med kognitiv dysfunktion (Bradbury & Lifvergren, 2016; Lifvergren, Docherty, & Shani, 2011; Lifvergren, Huzzard, Andin, & Hellström, 2012; Lifvergren, Huzzard, & Hellström, 2015). Vårdmodellen med mobila team har nu införts i hela VGR. En slutrapport, som utvärderade införandet i VGR (Norén & Segerberg, 2019), visade att patienter som omhändertogs av mobila närsjukvårdsteam hade en minskad vårdkonsumtion på 50%, samtidigt som patientnöjdheten och den upplevda delaktigheten ökade signifikant. Rapporten lyfter fram den underliggande nätverkslogiken mellan primärvård, sjukhus och kommuner som en framgångsfaktor. Däremot berörs inte vilken effekt en nätverkslogik kan ha för att öka samverkan mellan mikrosystem för cancerpatienter.

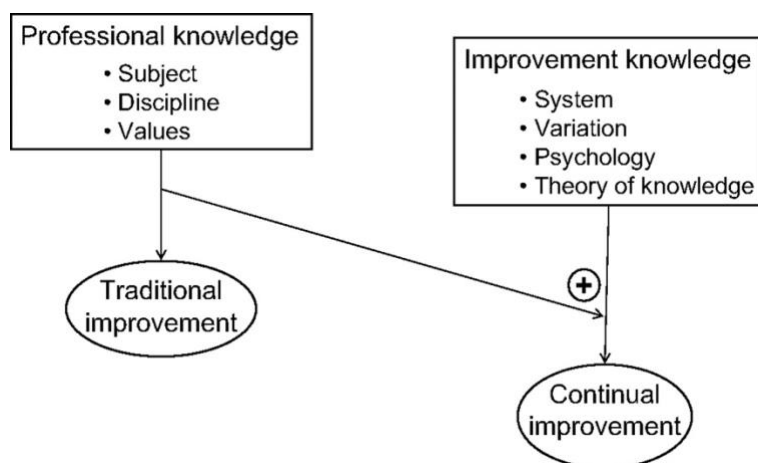
En inspirationskälla för förbättringsprojektet är empiriskt härledda teorier och metoder inom mikrosystem-forskningen, som har sitt ursprung framförallt i USA. Teorier och metoder bygger på s.k. tätt kopplade mikrosystem, "...tight coupled microsystems...", (Nelson, Batalden & Godfrey 2007, s. 84), dvs. tvärprofessionella team med medlemmar som sällan byts ut och där arbetstider är regelbundna och arbetsplatsen gemensam, vilket tillsammans ger optimala möjligheter för teamen att i samverkan med patienten utveckla sin förbättringsförmåga. Däremot finns det färre empiriska studier av s.k. löst kopplade mikrosystem, "...loosely coupled microsystems...", (Weick, 2001, s. 43), som t ex flera vård-

och mottagningsenheter med gemensamma patienter inom och utanför ett sjukhus. Det är inte heller tydligt vilka mekanismer inom och mellan dessa enheter som kan utvecklas i en svensk kontext för att främja vårdens värdeskapande förmåga. Weick förklarar att löst kopplade mikrosystem kännetecknas av att det finns stor variation i hur kommunikationen sker *mellan* mikrosystemen och att den kan upplevas som mångtydig och skapa stor osäkerhet. Vad som sägs kan tolkas på helt skilda sätt, såväl inom som mellan de olika mikrosystemen. Dessutom kan orsak-verkan mekanismer vara separerade såväl i tid och rum, vilket gör det svårt att identifiera orsaker såväl som lösningar till problem i vårdprocesserna. Weick (2001) menar att det finns fyra karakteristika som skulle kunna öka förmågan att samverka i löst kopplade mikrosystem: 1) Regler - varierar i svårighetsgrad; 2). Överenskommelser om regler; 3) Återkoppling om effekter av interventioner som kan öka lärandet och bidra till ett mer tätt kopplat mikrosystem; 4) Medveten uppmärksamhet – ett fokus på här och nu inom och mellan mikrosystemen för att göra förbindelserna mellan systemen mer stabila (a.a; Weick & Sutcliffe, 2001).

Mikrosystemen kan med andra ord var för sig ha god kännedom om sitt syfte, vilka patienterna är och processerna som de arbetar med. Utmaningarna för mikrosystemen blir att se de *gemensamma utvecklingsmöjligheter* som skapar bästa möjliga värde för den gemensamma patienten. God kännedom om *förbättringskunskap* är ytterligare en förutsättning för att utveckla samverkan och integration mellan de för cancervården kritiska mikrosystemen (Nelson, Batalden & Godfrey, 2007).

## Förbättringskunskap

Enligt Bergman och Klefsjö (2008) menade Deming (1994) att förbättringskunskapens fyra viktigaste kunskapsområden ("Profound knowledge, a.a., s. 93) är systemtänkande, kunskap om variation, kunskapsbildning och psykologi. I en vidareutveckling av kunskapsfältet för en hälso- och sjukvårdskontext kombinerade Batalden och Stolz (1993) Demings kunskapsområde "Förbättringskunskap" med "Professionell kunskap" (se figur 1) som en förutsättning för ständig utveckling av hälso- och sjukvårdssystem. Med professionell kunskap i hälso- och sjukvård avses ämneskunskap inom t.ex. biologi, anatomi, men även kunskap om discipliner såsom omvårdnad för sjuksköterskor och medicin för läkare. Inom det professionella kunskapsområdet behöver professionen också ha gemensamma värderingar.



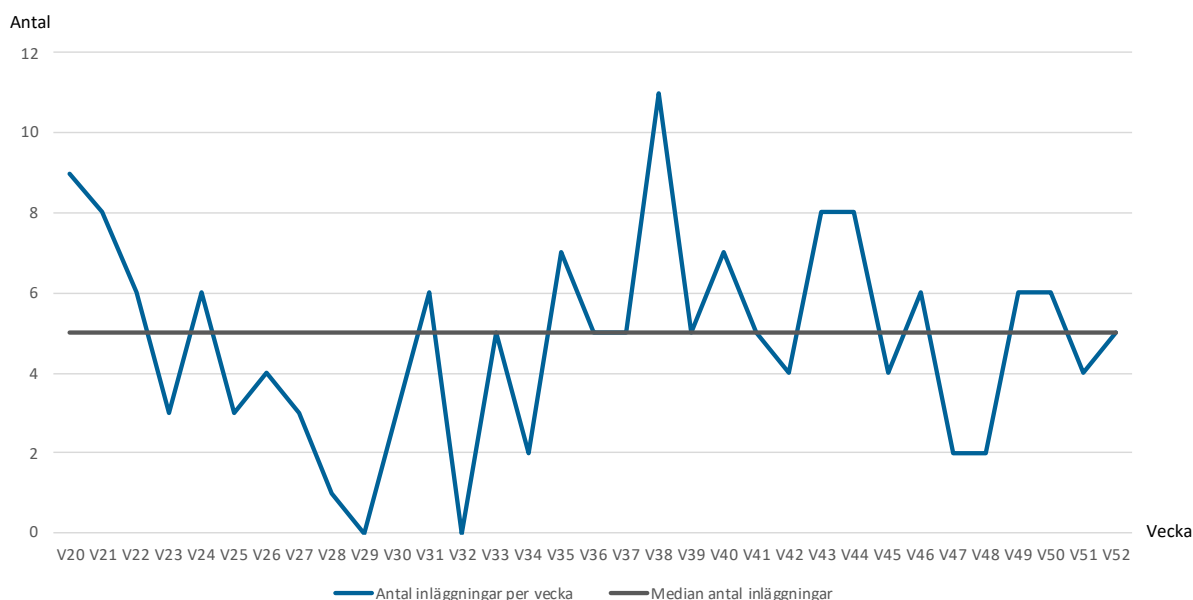
Figur 1. Professionell kunskap och förbättringskunskap är de två kunskapsdomäner som behöver kopplas samman för att möjliggöra ständig förbättring av hälso- och sjukvårdssystemet (från Batalden och Stoltz, 1993, s. 427).

Ett spännande bidrag till Batalden och Stoltz modell är att ytterligare addera ett kunskapsområde för att skapa synergieffekter, nämligen "Patientens kunskap". En utveckling av modellen pågår i Västra Götalandsregionen. Genom att ta tillvara patienters specifika kunskap om sig själva och hur de upplever vården kan systemet utvecklas än mer och leda till ännu bättre vård (Bergman, 2012). Gustavsson (2014) menar att när patienter involveras i förbättringsarbetet ställer det andra krav på de olika vårdprofessionerna och nya perspektiv – t ex patienters och närståendes upplevelser – får en starkare roll i vårdens utveckling. Det kan med andra ord vara svårt att ha ett patientperspektiv när man förbättrar vården om inte patienten är med i förbättringsarbetet. Genom att utgå från alla tre kunskapsområden kan synergier tas tillvara och värdet bli än större för patienter och närstående.

För att lyckas med hållbara förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvård skriver Bate, Mendel och Robert (2008) att det krävs en engagerad ledning som har kunskap om förbättringsarbete. Det behövs också stödande enheter med personer som har djup kunskap om förbättringskunskap och som kan använda olika principer, angreppssätt och verktyg inom förbättringsområdet. Det behövs därutöver enheter som kan bistå med analys av aktuella data som är användbara i förbättringsarbetet. Det krävs även att medarbetare frigörs från det direkta vårdnära arbetet för att arbeta med olika förbättringsprojekt (a.a).

## Cancervården på Skaraborgs sjukhus

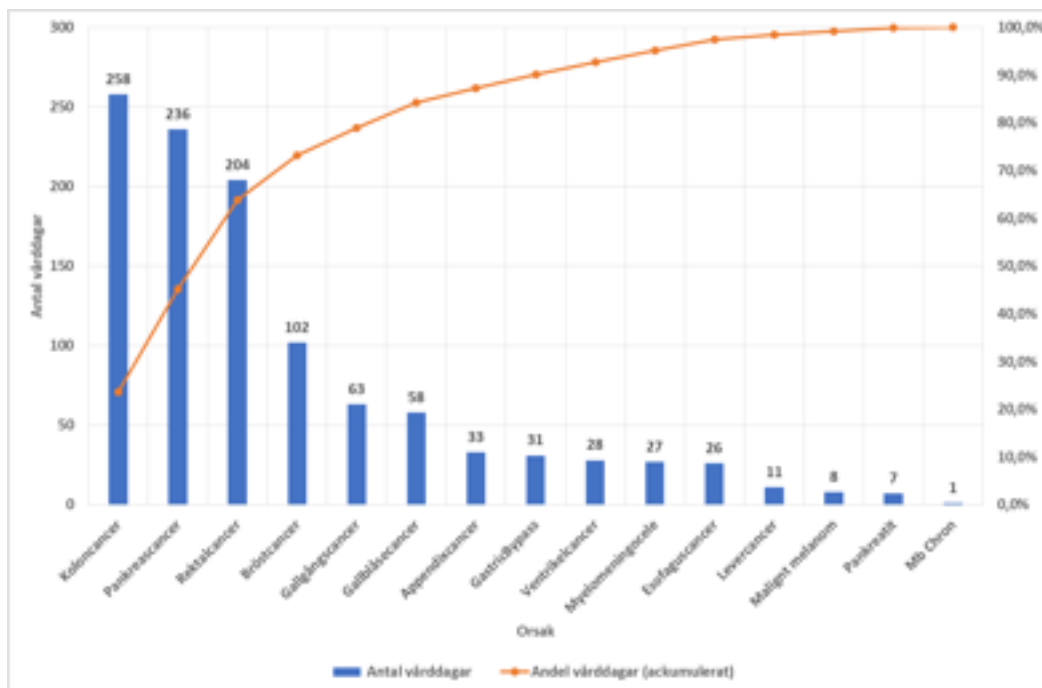
De nationella och regionala utmaningar avseende cancervården som beskrevs i inledningen finns även på Skaraborgs sjukhus (SkaS) i Västra Götalandsregionen. Sommaren 2018 identifierades att beläggningsgraden låg över 100% de första fyra månaderna på kirurgavdelningen i Skövde, jämfört med samma period året innan då motsvarande beläggning var 95%. Den största ökningen oplanerade återinläggningar bestod av *cancersjuka* patienter med ”öppen retur”. ”Öppen retur” är ett begrepp inom främst cancervården och grundar sig på att de mest utsatta patienter med komplexa vårdbehov ska få en enklare väg in till vårdavdelningen och slippa gå via akutmottagningen i samband med försämringsepisoder (Flakstad & Haarberg, 1994). Ökningen av oplanerade inläggningar för patienter med cancersjukdom, 2018 blev extra tydlig då den sammanföll med vårdplatsneddragning som orsakades av sjuksköterskebrist (se figur 2).



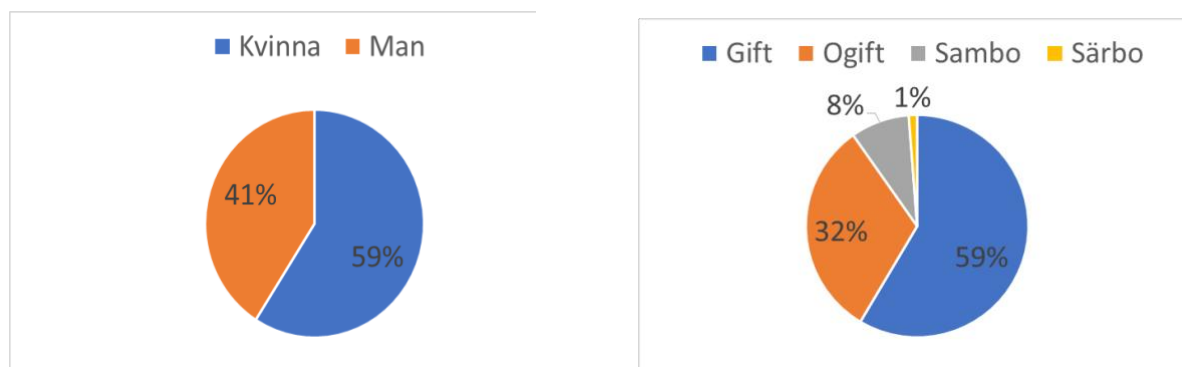
Figur 2. Tidsseriediagram som illustrerar antal patienter med oplanerad återinläggning/vecka som hade "Öppen Retur" fr.o.m. 14 maj t.o.m. 31 december 2018. Den grå linjen utgör medianvärdet. (Datakälla: Elvis, SkaS patientadministrativa system).

En journalgranskning av patienter med "Öppen Retur" (n=139) under den aktuella perioden visade att flertalet av patienterna hade någon form av onkologisk behandling. Det saknades dock upprättad och eller reviderad vårdplan (SOU, 2009:11) för de flesta cancersjuka patienterna. Under tidsperioden var det totalt 876 unika patienter/vårdtillfällen på avdelningen varav 139 patienter med "Öppen retur" som lades in. Patienter med tjocktarmscancer, bukspottkörtelcancer, bröstcancer och ändtarmscancer stod för flest vård dagar under perioden, se figur 3. Kvinnor stod för 59% av inläggningarna, figur 4. Endast 20% av patienterna var anslutna till det palliativa teamet och det var 28% av patienterna som hade hemsjukvård vid inläggningstillfället, figur 5.

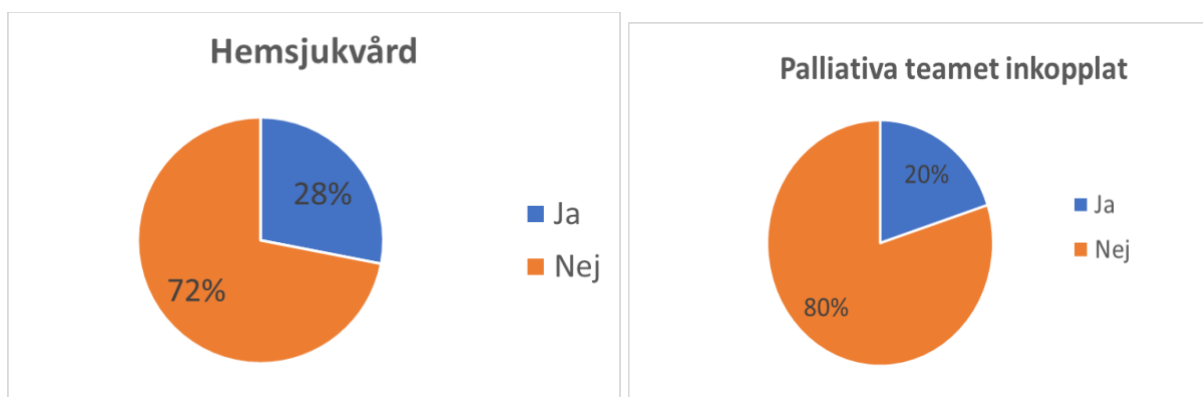
Det fanns stor variation beträffande *hur och vilka* patienter som erbjöds "Öppen retur". Det framkom under förbättringsarbetets gång att medarbetare på både avdelning och mottagning upplevde att bristerna skapade otrygghet för både patient och medarbetare vid överlämningar till nästa vårdinstans. Kontaktsjuksköterskan på mottagningen visste inte *om* eller *när* hennes patient varit inlagd/utskrivet från avdelningen. Sjuksköterskan på avdelningen kunde känna osäkerhet avseende var patienten befann sig i sin sjukdom och om den fortsatta vårdplanen.



Figur 3. Pareto-diagram som illustrerar hur alla inlagda patienter (n=139) med "Öppen retur" fördelades på olika diagnoser fr.o.m. 14 maj t.o.m. 31 december 2018. (Datakälla: Elvis, SkaS patientadministrativa system).



Figur 4. Cirkeldiagram som visar fördelning av kön, civilstånd fr.o.m. 14 maj t.o.m. 31 december 2018 för inlagda patienter (n=139) med "Öppen retur". (Datakälla: Elvis, SkaS patientadministrativa system).



Figur 5. Cirkeldiagram avseende fördelning av patienter som får hemsjukvård och var kopplade till det palliativa teamet fr.o.m. 14 maj t.o.m. 31 december 2018. (Datakälla: Elvis, SkaS patientadministrativa system).

## Problemformulering

Trots att den nationella cancerstrategin publicerades 2009 (SOU, 2009:11) finns det vid kirurgkliniken på SkaS fortfarande patienter med diagnostiserad cancersjukdom som inte har skriftlig individuell vårdplan. En dokumenterad och kommunicerad individuell vårdplan är en förutsättning för samverkan inom och mellan involverade mikrosystem utifrån patientens behov. Dessutom hinner patientens kontaktsjuksköterska (SOU, 2009:11, SFS, 2014:821) inte alltid att upprätta och hålla vårdplanen uppdaterad. Just nu pågår en översyn av alla kontaktsjuksköterskors arbetsuppgifter på SkaS och flera processarbeten är igångsatta till följd av att flera standardiserade vårdförlopp för cancer startats samtidigt som det inte finns tillräckliga resurser på kliniken. När patienter med cancer som vårdas på kirurgkliniken tas om hand av flera mikrosystem under sin sjukdomstid och systemen inte samordnar sina insatser kan det uppstå patientsäkerhetsrisker. Patientkritisk information kan t ex lätt missas om inga aktiva överlämningar sker eller om vårdplanen inte är skriven eller uppdaterad.

För att SkaS kirurgiska verksamhet ska kunna möta nutida och framtida vårdbehov hos cancerpatienter krävs i högre utsträckning att vården integreras och koordineras bättre. Ett välfungerande samarbete *inom och mellan* mikrosystemen längs cancervårdsprocessen behöver utvecklas för att utforma en sammanhållen vård utifrån patientens/personens unika förutsättningar och behov.

## Syfte

### Syftet med förbättringsarbetet

Syftet med förbättringsarbetet är att utveckla ett koordinerat arbetssätt så att patienter med cancer som vårdas på kirurgkliniken ska känna sig delaktiga i sin vård och att vården upplevs som sammanhållen och trygg.

### Målet med förbättringsarbetet

Genom ett mer utvecklat och koordinerat nätverk mellan mikrosystemen minska andelen oplanerade inläggningar för patienter med cancer från 15,9% till 10% och öka andelen patienter inskrivna i palliativ vård från 20% till 30 %, fram till 1 april, 2020.

### Syftet med studien

Syftet med studien är undersöka om och i så fall hur de löst kopplade mikrosystemen kan förbättra samarbetet och därmed bättre koordinera vården för de gemensamma cancerpatienterna och deras närstående.

### Forskningsfrågor:

- Vad underlättar och /eller försvårar samarbetet inom och mellan mikrosystemen i den kirurgiska cancervårdsprocessen?
- Vilka samverkanssätt mellan mikrosystemen finns eller behöver utvecklas?

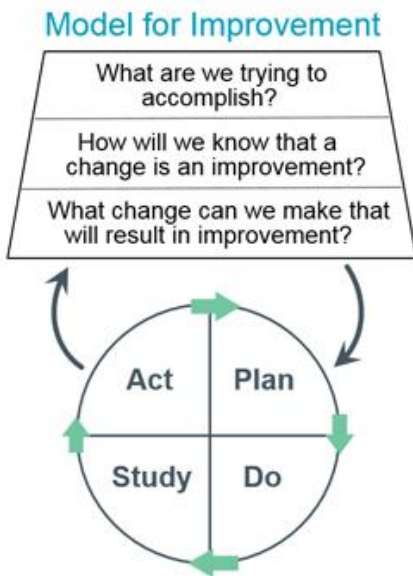
## Metod

I följande kapitel presenteras metoden och kontexten för förbättringsarbetet, samt även metoden för studien.

### Metod för förbättringsarbetet

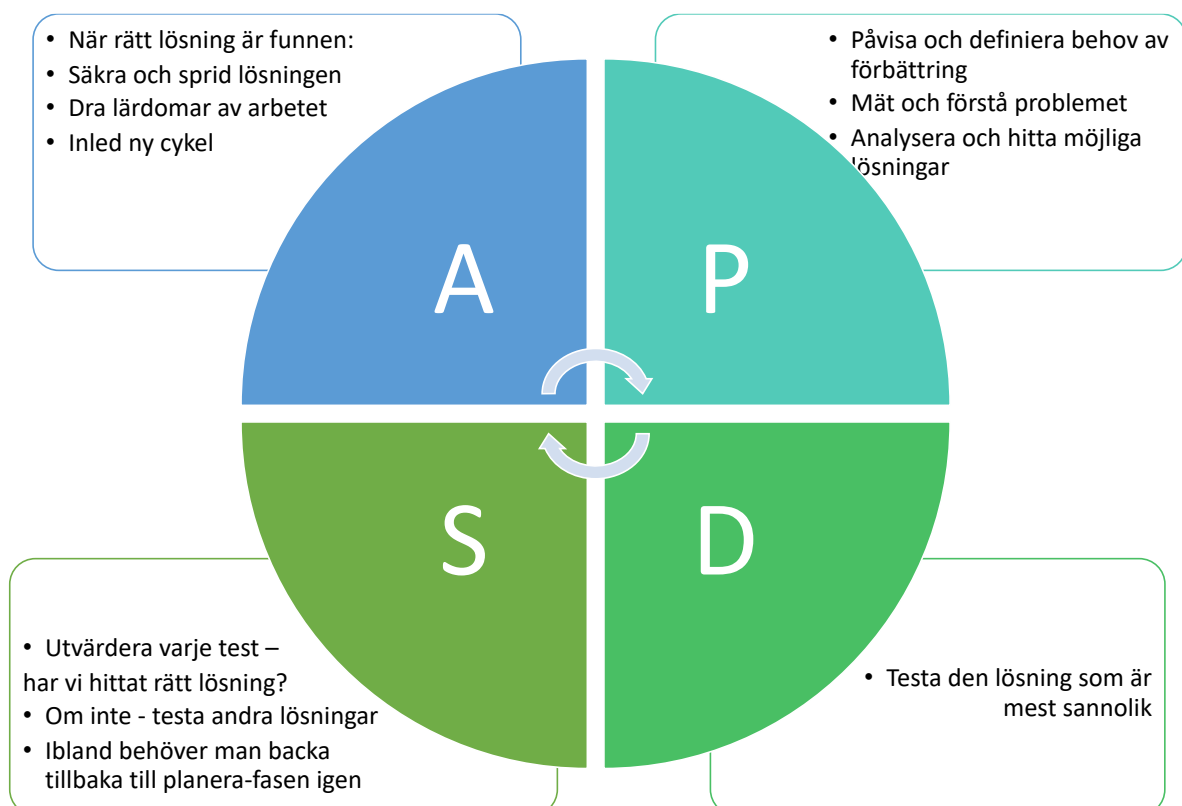
Eftersom förbättringsarbetet involverar flera mikrosystem är det bra att ha en väl beprövad metod att förhålla sig till, varför valet föll på Nolans förbättringsmodell, se figur 6. Modellen fungerar som ett ramverk för att testa olika förbättringsidéer. Själva modellen består av två delar där den första delen består av tre inledande frågor. Genom att besvara dem får verksamheten en gemensam bild av förbättringsarbetet. *Första frågan* som ställs är vad som ska uppnås och formuleras i ett mätbart mål. *Andra frågan* som ska besvaras är hur vi vet att en förändring är en förbättring, vilket riktar fokus på måtten för mätningarna. *Tredje och sista frågan* är att identifiera vilka förändringar som kan leda till förbättringar – dvs. att välja de olika idéer/lösningförslag som ska testas. Del två i modellen beskriver

hur olika förbättringsidéer sedan testas i liten skala med hjälp av upprepade PDSA-cykler (Plan-Do-Study-Act), (Nelson et al., 2007).



Figur 6. The model for improvement (Langley et al., 2009).

Reed och Card (2016) skriver att det är av vikt att man anpassar PDSA-metoden utifrån den aktuella kontexten, så att inte modellen används fel. Det är dessutom viktigt med djup metodkunskap, särskilt när mer komplexa problem ska lösas. Vid större projekt krävs stöd från organisationen under hela projektet. Den modifierade PDSA-cykeln som användes under projektet beskrivs i figur 7.



Figur 7. Modifierad PDSA-cykeln baserat på Demings cykel (Bergman & Klefsjö, 2012, s. 238).

### **Involverade mikrosystem**

På SkaS är mikrosystem för närvarande inte ett känt begrepp, men i framtida utbildningar som VGR planerar att genomföra kommer begreppet finnas med. I arbetet benämns framöver enheterna som mikrosystem. Förbättringsarbetet genomfördes i den kirurgiska verksamheten på SkaS. Inom verksamhetsområdet finns, förutom den kirurgiska verksamheten, även urologi, onkologi och palliativ vård. Verksamhetschefen gav skriftligt uppdrag till ansvariga enhetschefer att utreda och åtgärda bakomliggande orsaker till det ökade antalet oplanerade återinläggningar. Ledningsgruppen inom verksamhetsområdet var styrgrupp för projektet. En tvärprofessionell arbetsgrupp bestående av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från kirurgmottagning, kirurgavdelning, onkologmottagning och den palliativa enheten utsågs av respektive chef. Avstämningsmöten med styrgruppen skedde löpande och månadsvis.

Under förbättringsarbetet arbetade jag inom verksamhetsområdet som verksamhetsutvecklare och utsågs till metodstöd. Jag har en bakgrund som sjuksköterska, men de senaste tio åren har jag enbart arbetat som verksamhetsutvecklare.

### **Mikrosystemen enligt 5P**

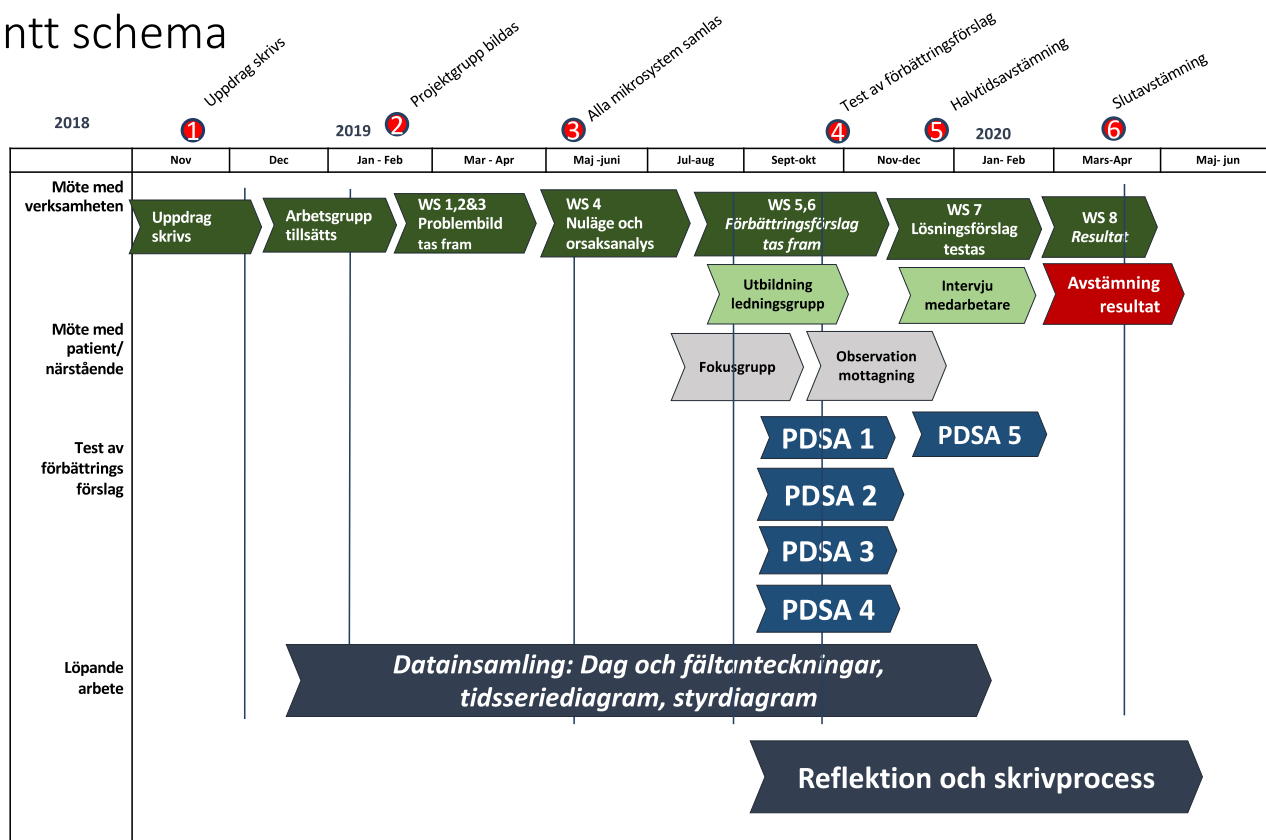
Förbättringsprojektet involverade fyra mikrosystem; kirurgmottagningen, onkologmottagningen, kirurgiska vårdavdelningen och den palliativa enheten i Skövde. Mikrosystemen finns beskrivna utifrån 5 P modellen enligt Nelson, Batalden & Godfrey (2007), se bilaga 1. Det gemensamma syftet för alla fyra mikrosystemen är att de ansvarar för patienter i Skaraborgs läns upptagningsområde, ca 260 000 medborgare och för patienter som söker vård enligt det fria vårdvalet (SFS 2008:962). Verksamheten ska möta patientens behov av vård när det uppstår inom rimlig tid. Vidare ska verksamheten minimera sjukdomsburden hos patienter med kirurgisk cancer genom att erbjuda specialiserad kirurgisk-, onkologisk- och palliativ öppen- och slutenvård (Patientlagen, 2014:821). Varje individ ska mötas med respekt och vården ska utgå från patientens/personens unika förutsättningar. För att patienten ska erbjudas god vård och återfå hälsa måste vårdbehoven tillfredsställas tillsammans med patienten.

I de kirurgiska verksamheterna har ledningen valt att ytterligare dela in verksamheten i olika team. Teamen benämns som a) övre gastro-teamet, vilket tar emot patienter som har sjukdomar i matstrupe, magsäck, tunntarm, lever, galla eller bukspottkörtel; b) nedre gastroteamet, som tar hand om patienter med sjukdomar i tjock- eller ändtarm; c) PEBB (Plastik, Endokrin, Bröst, Barn)-teamet, vilket handlägger olika sjukdomstillstånd, bland annat bröstkörtelsjukdomar, hudcancer och sjukdomar i sköldkörteln.

### **Nulägesbeskrivning**

Utifrån verksamhetschefens uppdrag att arbeta fram en gemensam riktlinje för direktinläggningar samlades i januari 2019 en tvärprofessionell arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor, undersköterskor och en läkare från kirurgavdelningen för att undersöka varför det skett en ökning av oplanerade återinläggningar med så kallad ”öppen retur”. Detta var starten för förbättringsarbetet. Planeringen av förbättringsprojektet ses i Gantt-schemat, figur 8.

# Gantt schema



Figur 8. Gantt schema över förbättringsprojektet och studien av detsamma, kirurgkliniken SkaS (WS står för workshop).

## Workshop

Enligt Tonnquist (2018) behöver även agila metoder ha en viss struktur, varför alla möten (benämns härnå efter som workshop) planerades tidigt. Under våren genomfördes fyra workshops. Därefter tillkom ytterligare tre workshops, varav de två sista var av uppföljningskaraktär. För att få snabbare spridning av förbättringsarbetet och dess lösningsförslag användes workshop som verktyg. En välfungerande workshop kännetecknas av att arbetsgruppens olika funktioner och kompetenser bidrar utifrån sina perspektiv, och att de tillsammans arbetar fram lösningsförslag (a.a.). Som mötesledare för alla workshops ansvarade jag för att leda processen mot det överenskomna målet på ett sätt som skapade tydlighet för och involverade deltagarna så att olika aspekter, erfarenheter och kompetenser kom fram. Alla workshop inleddes med en kortare teori- och praktikdel om förbättringsarbete som anpassades till hur långt gruppen kommit i projektarbetet.

### Workshop 1

Vid första mötet i januari användes Riche-Picture metoden (Checkland, 2000) för att belysa det aktuella problemet. Arbetsgruppen, som bestod av två undersköterskor och två sjuksköterskor samt enhetschefen från kirurgavdelningen, fick rita egna bilder över hur de såg på problemet utifrån sin del i patientens vårdprocess – sitt mikrosystem. Därefter fick varje deltagare berätta om sin bild för hela gruppen. De olika bilderna och berättelserna sammanställdes sedan i en gemensam bild, bilaga 2.

### Workshops 2 & 3

Till det andra och tredje mötet bjöds medarbetare från de onkologiska- och palliativa enheterna in. Vid det tillfället användes Ischikawa-verktyget (Bergman & Klefsjö, 2015, s. 252) för att undersöka bakomliggande orsaker till varför det var stor variation i hur patienter med cancer erbjöds "Öppen Retur", se bilaga 3. Vid det tredje mötet gjordes en översyn av förbättringsarbetet varvid en intressentanalys och en kommunikationsplan togs fram.

### Workshop 4

Vid mötet i maj var flera nya medarbetare från de fyra mikrosystemen representerade, vilket innebar att hela gruppen fick ta ett steg tillbaka och återigen fundera över problembilden och orsakerna till



densamma. Mötet inleddes med en kort repetition om syfte och hur långt gruppen kommit för att sätta in de nya medlemmarna i förbättringsarbetet. För att öka delaktigheten än mer delades gruppen sedan in i fyra smågrupper. Gruppindelning gjordes genom att varje medarbetare fick en siffra från 1–4 för att skapa fyra grupper bestående av medarbetare från respektive mikrosystem. En medarbetare utsågs som samordnare för varje grupp. Genom brainstorming och släktskapsdiagram (Bergman & Klefsjö, s. 564, 2015) växte sedan en gemensam och delvis reviderad problembild fram. Prioriterade områden från släktskapsdiagrammet ses i handlingsplanen, bilaga 4.

#### Workshop 5

Den femte workshopen ägde rum efter sommaren, varför tidigare mötesanteckningar och vad som bestämdes i maj repeterades. Flera av deltagarna hade meddelat förhinder att delta, men trots detta arbetade gruppen vidare och var överens om att fortsätta med de olika lösningsförslagen i separata PDSA-hjul, se figur 9. Kontinuerlig mätning genomfördes under projektiden för att utvärdera om förändringarna från de olika PDSA-cyklerna kom att leda till förbättring eller ej.

#### Workshop 6

Vid denna workshop var hela gruppen återigen samlad. Avstämningar gjordes kring de olika förbättringsförslagen och vissa justeringar genomfördes. Under mötet presenterade projektledaren en första genomgång av journalgranskningen. Till nästa möte ville gruppen att verksamhetschefen skulle bjudas in för en avstämning av projektet.

#### Workshop 7

Verksamhetschefen deltog vid årets sista workshop. Projektledaren presenterade förbättringsarbetet, hur långt gruppen kommit och vad som återstod att göra. En rad viktiga frågor som hade hängt i luften lyftes och kunde nu åtgärdas. Det gällde bland annat införandet av en remiss till den palliativa enheten och att aktiva överlämningar skulle gälla även när patienten legat inne på avdelningen.

#### Workshops 8

I februari hölls ytterligare ett avstämningsmöte avseende vilka lösningsförslag som testats och hur långt varje lösningsförslag kommit i respektive PDSA-cykel.

Problem	PDSA	Lösningsförslag
Det är stor variation hur och när patienter erbjuds "öppen retur". Nuvarande riktlinjer följs inte optimalt, vilket har resulterat i att antalet patienter med öppen retur ökat markant.	PDSA 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reviderad riktlinje kring "Öppen retur"</li> </ul>
Information om "Öppen Retur" till patient och närstående saknas	PDSA 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förbättrad patientinformation som är framtagen tillsammans med patient</li> </ul>
Osäkerhet kring vårdinsatser när patient ringer till avdelningen och är försämrad i sin sjukdom om vilken vårdnivå patienten behöver	PDSA 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strukturerad mall när patient ringer till avdelning</li> </ul>
Otydligheter kring vem som ansvarar för patienten då patienten byter vårdgivare inom sjukhuset/mikrosystemen	PDSA 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riktlinje för Aktiv överlämning mellan kontaktsjuksköterskor</li> <li>Aktuell och uppdaterad Vårdplan</li> </ul>
Patienter ansluts för sent till palliativa teamet	PDSA 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förbättra remissförfarandet till palliativa teamet genom en strukturerad remiss som stödjer framtagna kriterier till palliativa teamet för remittent</li> </ul>

Figur 9. De fem olika PDSA-cykler som testades under hösten 2019 samt under våren 2020.

## Journalgranskning

För att ytterligare få en bild av problemet och stärka datainsamlingen genomfördes journalgranskning på de patienterna som enligt ELVIS varit inlagda på kirurgavdelningen mellan 14 maj 2018 och 31 december 2018 samt klassats som "Öppen Retur". Det som granskades var: Ålder, kön, civilstånd, diagnos, vårdtid, sökorsak, kontaktsjuksköterska, sista vårdkontakt, vårdplan, brytpunktssamtal, hemsjukvård, ev. anslutning till palliativa teamet, pågående onkologisk behandling och dokumenterade aktiva överlämningar.

## Fokusgrupp

Som ett led i förbättringsarbetet ingick också att undersöka patienters upplevelser av cancervården på kirurgkliniken och hur verksamheten tillsammans med patienterna kunde förbättra den. Fem kvinnor med bröstcancer tillfrågades våren 2019 av sina kontaktsjuksköterskor om de ville vara med i ett förbättringsarbete i form av en fokusgruppsintervju (Wibeck, 2010). Syftet var att få en bild av deras erfarenheter av cancervården på SkaS och vad som kunde förbättras i cancerprocessen (a.a.). Kontaktsjuksköterskorna för patienterna med bröstcancer hjälpte till med urvalet, ett så kallat bekvämlighetsurval (Bryman, 2011). Kriterierna för urvalet var att kvinnorna skulle ha fått sitt cancerbesked efter mammografi (screeningprogram för bröstcancer för alla kvinnor mellan 40–74 år), att de skulle genomgått ett-årskontroll av bröstcancer, representera olika delar av Skaraborg samt visat intresse för förbättringsarbete. Kontaktsjuksköterskan frågade först muntligt om patienten kunde tänka sig att vara med i förbättringsarbetet. Därefter skrev enhetschefen för kirurgmottagningen och jag brev till de patienter som blivit tillfrågade, bilaga 5. När kriterierna var uppfyllda och inbjudan skickats ut, visade det sig att en kvinna hade fått tillbaka sin bröstcancer och därför valde att inte vara med. Resterande fyra kvinnor var mellan 41 och 74 år. De hade alla opererat sin bröstcancer och genomgått strålbehandling. En av kvinnorna hade dessutom fått cytostatikabehandling. Fokusgruppsintervjun ägde rum den 28 oktober 2019 på sjukhuset i Skövde. Under gruppintervjun tackade enhetschef och jag inledningsvis för visat intresse och berättade om syftet, den tid som intervjun skulle hålla på och att den spelades in för att senare kunna skrivas ut för analys. Fokusgruppsintervjun genomfördes med semistrukturerade frågor, transkriberades och lästes flera gånger av författaren för att hitta de meningsbärande enheterna som sedan lades in i en tabell där de kondenserades och kodades för att till slut grupperas i lämpliga kategorier. En induktiv ansats användes vid den kvalitativa innehållsanalysen av fokusgruppsintervjun (Graneheim & Lundman, 2004). Teman för det underförstådda innehållet formulerades från de underliggande kategorierna i intervjun (a.a.).

## Metod för studien

Studiens upplägg i det planerade förbättringsarbetet använde fallstudie med både kvalitativa och kvantitativa metoder i designen (Bryman, 2011). Valet av fallstudie som metod motiverades av att det går att fånga komplexitet såväl som specifika händelser genom att följa och analysera ett fall över tid. Fallstudien följde Nolans femstegs-modell för förbättringsarbete (Langley et al, 2009):

1. Syfte – Vad vill vi åstadkomma? Den här fasen av projektet ägnades åt att gemensamt definiera och förstå förbättringsarbetets syfte.
2. Hur vet vi att en förändring är en förbättring? Syftet under det här steget var att fånga nuläge genom insamling av kvalitativa och kvantitativa data.
3. Vilka förändringar kan leda till förbättringar? Under det här steget analyserades olika typer av data för att gemensamt utveckla och prioritera olika lösningsförslag.
4. Testa lösningsförslag i upprepade PDSA-cykler. Under den här fasen testades de fem mest prioriterade lösningsförslagen med syfte att förbättra och utveckla vårdmodellen.
5. Slutlig utvärdering. Data insamlades kontinuerligt under varje PDSA-cykel och lärdomar från varje test-cykel kunde därför användas som input i nya test-cykler. Dessutom sammanställdes alla kvalitativa och kvantitativa data efter projektets genomförande för en fördjupad analys och beskrivning av projektets såväl som studiens resultat.

## Datainsamling och Dataanalys

Insamling av *kvantitativa data* skedde kontinuerligt från SkaS patientadministrativa system, ELVIS, samt från olika kvalitetsregister. För att studera förbättringen följdes och analyserades kvantitativa data, som visualiserades med tidsserie (run-chart) - och styrdiagram (p-chart) (Provost & Murray, 2011).

Insamling av *kvalitativa* data skedde med hjälp av deltagande observationer, minnes- och mötesanteckningar, reflektionsdagbok och semistrukturerade intervjuer. Samtliga kvalitativa datainsamlingsmetoder analyserades utifrån en induktiv ansats (Bryman, 2011). En narrativ syntes (Backman, 2014) användes som analysmetod av deltagande observationer, anteckningar och reflektionsdagbok. För att analysera de semistrukturerade intervjuerna spelades de in för att sedan transkriberas ordagrant. För att tolka de utskrivna texterna användes kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Texterna lästes flera gånger och meningsbärande enheter togs ut, förkortades och kondenserades ner. Det textnära manifesta innehållet kodades för att sedan kunna placeras i olika kategorier (se exempel i bilaga 8). För att sammanbinda det latenta innehållet i kategorierna skapades teman (a.a).

### **Deltagande observationer**

Eftersom tidsaspekten inte möjliggjorde en fullskalig deltagande observationstudie (Bryman, 2011) genomfördes en variant av så kallad mikro-etnografi (Woolcott, 1990). Fokus vid observationstillfällena var att observera kontaktsjuksköterskans möten med patienter under pågående onkologisk behandling och hur de involverade patienten i vården. Fyra kontaktsjuksköterskans möten med patienter som fick cytostatikabehandling studerades. Observatören var närvarande under mötena utan att intervensera och dokumenterade ett urval av dialog och aktiviteter under mötet. Särskilt observerades hur kontaktsjuksköterskan involverade patienten i den fortsatta vården och på vilka sätt kontakter togs med andra mikrosystem. Under observationerna noterades i fältanteckningarna om sjuksköterskan som observerades passade in i någon av de tre modellerna som beskrivits i bakgrunden.

### **Minnes- och mötesanteckningar**

Inledningsvis klargjordes det för alla medarbetare i förbättringsgruppen att förbättringsarbetet skulle användas i ett examensarbete. Min roll var således öppen i en sluten miljö (Bryman, 2011). Mötesanteckningar skickades ut till arbetsgruppen efter varje workshop, så att de kunde delge sina arbetskamrater hur förbättringsarbetet framskridit. Alla gemensamma dokument samlades i en verksamhetsgemensam mapp på intranätet och fanns hela tiden tillgängliga för arbetsgruppen.

### **Reflektionsdagbok**

Under hela projekttiden skrevs egna reflektioner av projektet i form av en reflektionsdagbok. För att kunna utveckla sina färdigheter är det viktigt att kunna reflektera. Dagboken fångade erfarenheter från viktiga händelser - när de inträffade - innan tidens gång förändrade min uppfattning om dem (Coghlan & Brannick, 2001).

### **Intervjuer**

En kvalitativ metod anses som lämplig för att fånga in erfarenheter och upplevelser av nya arbetssätt (Wibeck, 2010). Bryman (2011) skriver även att intervjuer kan fånga attityder, normer, värderingar och åsikter. Intervjuer genomfördes med 13 medarbetare i mikrosystemen, se tabell 3.

Tre principer för strategiskt urval användes avseende de tretton *medarbetarna* i mikrosystemen; a) ett pragmatiskt perspektiv, dvs. vad som var praktiskt möjligt i ett förbättringsprojekt som genomfördes samtidigt som vården pågick som vanligt; b) att erhålla en så "rik" bild av de involverade mikrosystemen som möjligt för att fånga olika upplevelser av och perspektiv på de studerade fenomenen samt c) få en representation av respondenter som ingått resp. inte ingått i projektgruppen. Vad avser de fyra *enhetscheferna* och de två *processcheferna* har urvalskriterier inte behövts tillämpas eftersom samtliga chefer var tillgängliga för intervjuer eller upprepade dialoger. Inför varje intervju fick medarbetarna ett informationsbrev om studien, bilaga 6.

Tabell 3. Intervjuade personer, kategori, antal och enhet.

<b>Personalkategori</b>	<b>Antal</b>	<b>Enhet/enheter</b>
Enhetschef	4	kirurgavdelning, onkologmottagning, palliativa enheten, urologavdelningen
Processchef	2	kirurgläkare, onkolog- och palliativläkare
Kontaktsjuksköterska	2	kirurgmottagning
Sjuksköterska	4	kirurgavdelning/onkologmottagning
Undersköterska	1	kirurgavdelning

Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes utifrån en sammanställd intervjuguide av författaren med tre utvalda ämnesområden utifrån studiens syfte med så öppna frågor som möjligt för att möjliggöra ett fritt reflekterade (Wibeck, 2010). För att kunna besvara syftet med studien var det

viktigt att undersöka de intervjuades förståelser, ståndpunkter och upplevelser av centrala teman i studien (Lundman & Graneheim, 2004). Intervjuerna tog mellan 25–30 minuter vardera och spelades in. Eftersom det var av värde att få fylliga svar ställdes i huvudsak tre öppna frågor:

1. Berätta fritt om hur du upplevde du att göra ett förbättringsarbete för vår gemensamma patient med de fyra enheterna?
2. Vilka var de avgörande faktorerna för att lyckas?
3. Fanns det några hinder och i så fall vilka var det?

De intervjuade hade därefter möjlighet att utveckla sina tankar, erfarenheter och nuvarande förståelse inom respektive område. Uppföljande frågor ställdes för klargörande och fördjupning av förståelse.

## Etiska överväganden

Förbättringsarbetet genomfördes på uppdrag av verksamhetschefen, som även gav författaren skriftligt godkännande att granska aktuella patientjournaler under projekttiden. Journalgranskningen var ett av flera underlag till förbättringsarbetet. Under granskningen samlades uppgifter som patienters diagnos, kön, civilstånd, vårdplan, hemsjukvård, ansluten till palliativa teamet och sökorsak/åtgärd in. Sjukhusets jurist skrev också på ett godkännande om att patientdata hade samlats in i enlighet med sekretesslagstiftningen under projekttiden. Den fokusgruppsintervju som genomfördes i förbättringsarbetet, där fyra patienter med bröstcancer intervjuades, byggde på frivillighet och uppfyllde kraven på information, samtycke och konfidentialitet, bilaga 5 (Bryman, 2011).

Studien av förbättringsarbetet genomfördes inom ramen för ett examensarbete enligt SFS 2003:460. Examensarbetet kommer inte att användas i vidare forskning eller i en framtida vetenskaplig artikel. På inrådan av Hälsohögskolan i Jönköping genomfördes skolans etiska egengranskning. Efter samråd med handledare behövdes inte ytterligare etikprövning göras. I studien intervjuades inte några patienter eller närstående. Medarbetare från verksamheten intervjuades och de etiska aspekterna på förbättringsarbetet och studien gick igenom enligt Brymans (2011) råd. *Informationskravet* följdes, eftersom alla berörda personer fick syftet för studien presenterat för sig. Det innebar att deras deltagande var frivilligt och att de hade rätt att när som helst hoppa av studien utan att behöva ange skälen till detta. Berörda personer fick reda på de olika momenten i studien. *Samtyckeskravet* innebar att deltagarna i studien fick rätt att bestämma över sin medverkan varför de tillfrågades innan studien startade. *Konfidentialitetskravet* innebar att alla uppgifter om alla de personer som ingick i de olika undersökningarna behandlades med största möjliga konfidentialitet, vilket också uppfylldes under studiens gång.

## Resultat

### Resultat av förbättringsarbetet

#### Workshops

Vid de inledande workshops som gruppen hade blev bilden från Riche-Pictureövningen en ögonöppnare som hjälpte till att få en gemensam men också rikare bild av problemet. Sjuksköterskorna och undersköterskorna från kirurgavdelning insåg vid sittande möte att gruppen behövde utökas av ytterligare enheter för att kunna förbättra vården för den cancersjuka patienten. Vid följande möten fanns även representanter med från de andra mikrosystem. När alla mikrosystemen var representerade kunde gruppen komma framåt och hitta bäst lämpade lösningsförslag som sedan testades enligt PDSA metoden, se tabell 4. Alla införda lösningsförslag finns i bilaga 7.

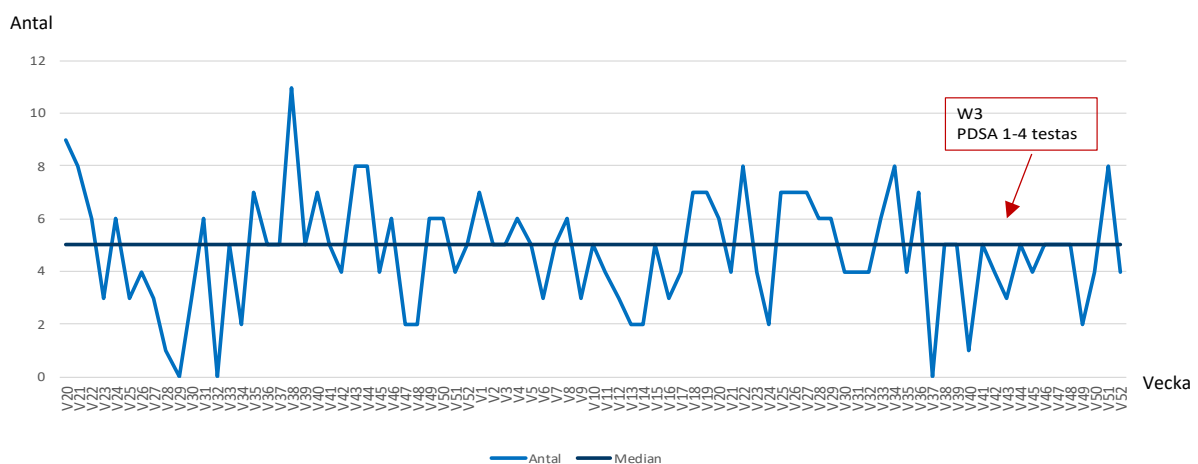
Tabell 4. Resultat av PDSA-test 1–5.

<b>PDSA 1</b>	Efter flera revisionsrundor av det övergripande dokumentet ”Riktlinje för Öppen Retur” testades riktlinjen under 1 november 2019 till 29 februari 2020. Riktlinjen infördes som styrande dokument från och med 1 mars 2020.
<b>PDSA 2</b>	Framtagen patientinformation blev klar samtidigt med riktlinjen. Den infördes under februari månad 2020. Informationen testades av en patient innan den fastställdes.
<b>PDSA 3</b>	En strukturerad mall för att säkra rätt vårdnivå när patient ringde till avdelning testades och infördes i november 2019.

<b>PDSA 4</b>	För att säkra hur aktiva överlämningar skulle äga rum arbetades en riktlinje fram av kontaktsjuksköterskorna på onkolog- och kirurgmottagningen. Det blev diskussioner om hur det i praktiken skulle fungera, då arbetssätten skiljde sig åt mellan sjuksköterskorna på onkologmottagningen och på kirurgmottagningen. Sjuksköterskan på kirurgavdelningen ansåg att de inte skulle kunna använda sig av riktlinjen då de hade för mycket att göra. Arbetet med att förbättra dokumentation av vårdplanen sköts fram till efter sommaren med anledning av resursbrist.
<b>PDSA 5</b>	Förbättringsarbetets andra mål var att antalet remisser till palliativa enheten skulle öka med 10 %. Ett av lösningsförslagen var att förbättra remissen och göra den digital. Vid uppföljningsmötet i februari framkom det att det inte hade blivit genomfört. Författaren tog då på sig ansvaret att se till att detta blev infört. Den digitala remissen blev klar att tas i bruk i mitten på mars 2020, så resultat av det lösningsförslaget har inte fått full effekt i skrivande stund, se figur 13.

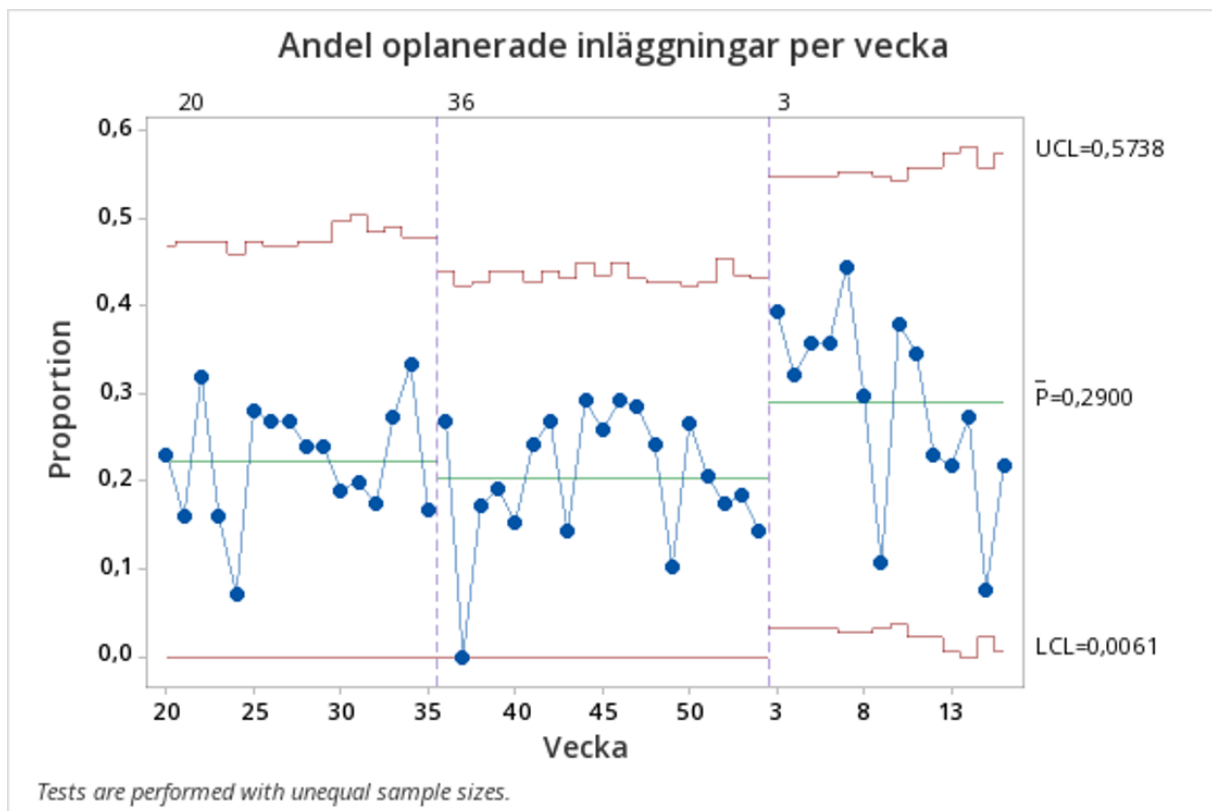
### Resultat av PDSA 1–4

I figur 10 framgår resultatet vad avser oplanerade inläggningar på kirurgavdelningen för patienter med cancersjukdom efter att fyra PDSA-cyklerna införts. De fyra PDSA-testerna initierades samtidigt under v. 36. Tidsseriediagrammet visar antal oplanerade inläggningar per vecka samt medianvärdet under den aktuella tidsperioden. Utifrån regel 3 för tolkning av s.k. ”run charts” ses en *minskning av oplanerade återinläggningar i samband med förbättringsarbetet* fr.o.m. v 36 till och med v 50 under 2019 som med 95% sannolikhet inte kan förklaras av slump.



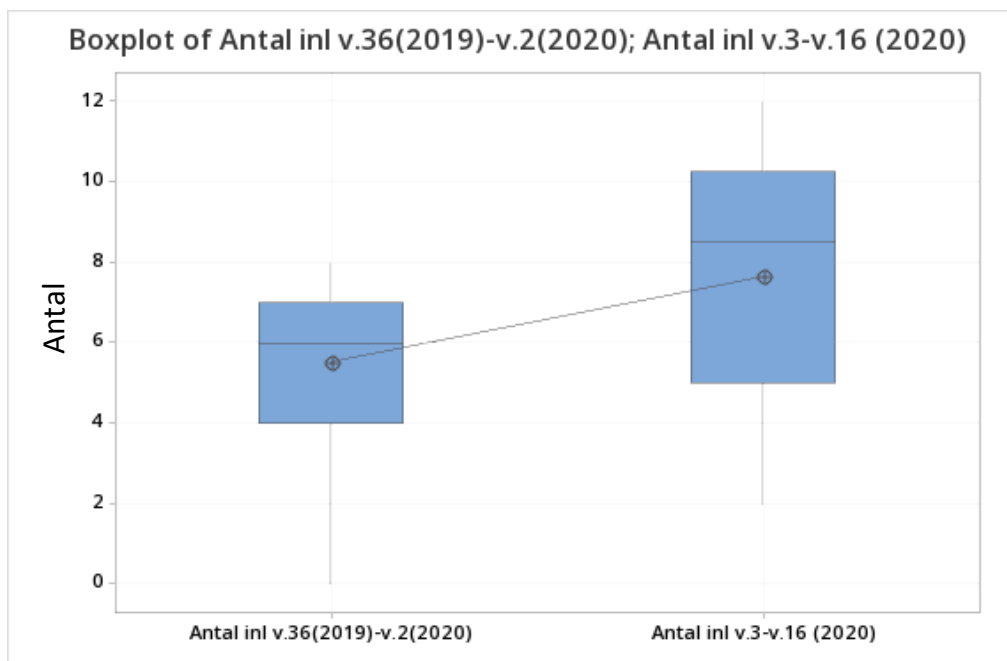
Figur 10. Runchart över antal oplanerade inläggningar på kirurgavdelning 51-52, fr.o.m. 14 maj 2018 t.o.m. 31 december 2019.

I mitten av januari 2020 avslutades förbättringsarbetet och i februari hade arbetsgruppen ett sista avstämningsmöte. Då framkom det att PDSA-testerna 4 och 5 inte genomförts fullt ut.



Figur 11. P-chart som visar andel oplanerat inlagda patienter av medelantal inläggande patienter/vecka, fr.o.m. v.20, 2019 t.o.m. v.16, 2020. PDSA-tester inleddes v36, men avbröts delvis v1, 2020.

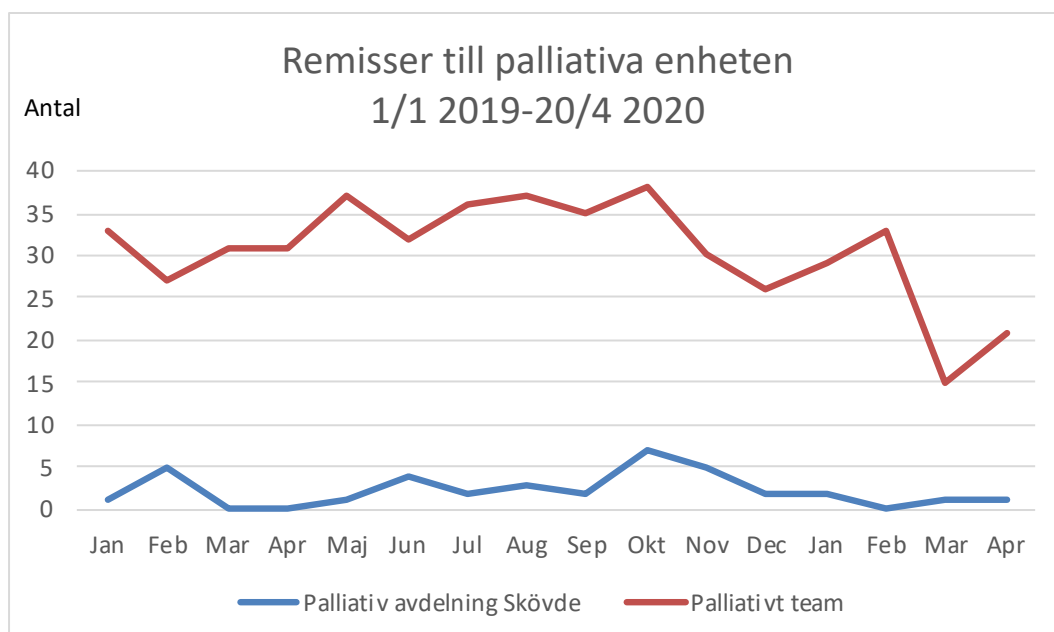
Vid uppföljningsmötet i februari 2020 kunde gruppen konstatera att resultaten försämrats. Av figur 11 framgår att minskningen av oplanerade inläggningar som observerades i slutet av 2019 och under de två första veckorna under 2020 övergick i en signifikant försämring av resultaten under v.3-v.16, 2020. Under denna tidsperiod var förbättringsprojektet "inaktivt" och flertalet lösningsförslag föll bort, varpå andelen oplanerade inläggningar ökade till en nivå som var signifikant sämre jämfört den fas då projektet var aktivt, se figur 11.



Figur 12. Boxplot som illustrerar *spridning*, *median* och *medelvärden* för totalt antal oplanerade inläggningar/vecka för period med "aktivt" förbättringsarbete, *medelvärde 5,55* (v.36, 2019-v.2, 2020), jämfört med period med "inaktivt" förbättringsarbetet, *medelvärde 7,64* (v.3-v.16, 2020).

I figur 12 jämförs spridning, median och medelvärde för antal oplanerade inläggningar/vecka under den period då utvecklingsarbetet initierades/lösningar testades (fr.o.m. v 36 under 2019 t.o.m. v. 2 under 2020) med perioden då utvecklingsarbetet pausades (efter vecka 2 under 2020). Skillnaderna i medelvärden och median är statistiskt signifikanta (t-test: differens medelvärden=2,2,  $p=0,04^*$ ; Mann-Whitney, skillnad median=2,0;  $p=0,05^*$ ). Analysen talar för att det skedde en signifikant ökning av oplanerade inläggningar när utvecklingsarbete växlade från aktivt till inaktivt skede.

Intentionen var att öka antalet remisser med hjälp av en reviderad remiss till palliativa teamet för att öka patientens trygghet hemma. Detta lösningsförslag genomfördes inte som planerat utan infördes i slutet av mars och har inte hunnit spridas fullt ut i verksamheten, se figur 13.



Figur 13. Tidsseriediagram, antal remisser till palliativa enheten uppdelat på avdelning och team.

## Journalgranskning

Sammanställning av journalgranskningen (n=139 patienter) visade att det var fyra cancerdiagnoser som stod för flest oplanerade återinläggningar: Patienter med tjocktarmscancer, bukspottkörtelcancer, bröstcancer och rektalcancer stod sammantaget för 80 % av alla oplanerade inläggningar. Den främsta sökorsaken var nedsatt allmäntillstånd. När resultatet presenterades för arbetsgruppen var det några nya insikter som blev tydliga för medarbetarna, bl. a att patienter med coloncancer och rektalcancer hade flest oplanerade inläggningar men också att en vårdplan som beskrev vad som skulle göras hemma vid olika typer av besvär saknades.

## Fokusgruppsintervju

Utifrån innehållsanalysen av fokusgruppsintervjun framkom flera perspektiv på vad som var viktigt för att patienten skulle känna sig trygg och säker. Det som var viktigast var hur det första mötet avlöpte, eftersom det var avgörande för huruvida patienten upplevde en god vårdkvalitet. Ett bra bemötande kopplade patienten till sjuksköterskans sociala kompetens. Patienter upplevde sjuksköterskans sociala kompetens som viktigare än om de hade kunskap om diagnoser och symtom. Patienterna menade att det var först när man blivit väl bemött och fått medkänsla som man kände tillit till sjuksköterskan. Först därefter kunde patienten lita på sjuksköterskans professionella kompetens. För de flesta patienter innebar ett bra och empatiskt möte att sjuksköterskan hade förmåga att se varje enskild patient som en unik person för att därmed kunna tillgodose de individuella behoven. Flera patienter beskrev hur de, ibland med stöd från omgivningen men också från kontaktsjuksköterskor, kunde stärka den egna kraften att hantera sin livssituation.

Patienterna beskrev överlag att den nära kontakten med kontaktsjuksköterskan gav dem trygghet. De kände också att de kunde vara öppna med sina känslor – att någon utomstående lyssnade på dem fast de var ledsna och ibland förtvivlade. På hemmaplan kände många att de skulle vara ”starka” inför resten av familjen trots allt ”kaos inuti”. Mötena med kontaktsjuksköterskan blev då en ventil där de kunde ge uttryck för sina känslor och få stöd och trygghet. En patient beskrev att även om hon var cancerpatient, *kände hon sig inte som en cancerpatient* tack vare stödet från kontaktsjuksköterskan.

## Resultat av studien

Syftet med studien var att undersöka om och i så fall hur de löst kopplade mikrosystemen kunde förbättra samarbetet och därmed bättre koordinera vården för de gemensamma patienterna och deras närstående. Det samlade resultatet från studien beskrivs nedan.

### Kvalitativ innehållsanalys

Vid den kvalitativa innehållsanalysen som användes när de semistrukturerade intervjuerna skulle analyseras, utkristalliserades 17 kategorier som speglade det manifesta innehållet som framkom i intervjuerna, se bilaga 8. De 17 kategorierna bildade sedan sex teman, vilka illustrerade det latent innehåll i intervjuerna. Det latent innehåll har förstärkts med citat från intervjuerna samt den narrativa syntesen från deltagande observation, minnes- och mötesanteckningar samt dagboksanteckningar. De viktigaste budskapen som framträdde i intervjuerna var att medarbetarna relativt snabbt insåg att vad som initialt verkade vara ett enkelt problem egentligen var både stort och komplext. Deras olika kompetenser och erfarenheter var avgörande för att samverka mellan mikrosystemen skulle fungera för deras gemensamma patient. Vid det sista mötet, som hölls i februari, ansåg gruppen att man ändå hade lyckats med förbättringsprojektet, trots att resultatet avseende oplanerade inläggningar just då inte hade minskat. Ett fokus på att tillfredsställa patienternas unika behov fanns med i samtliga teman:

- Gemensam helhetsbild
- Arbetsätt
- Kommunikation
- Kompetens och lärande
- Hållbart förbättringsarbete
- Hindrande faktorer

### Helhetsbild

Alla medarbetare var överens om att en viktig förutsättning för att förbättringsarbetet skulle lyckas var en gemensam målbild och att patientens behov var det som var styrande för målbilden. Redan vid de inledande mötena visade minnesanteckningarna att det fanns stort fokus på den gemensamma



riktlinjen och det framkom även vid intervjuerna. De som inte varit delaktiga i arbetsgruppen tog också upp den gemensamma riktlinjen som nödvändig när flera verksamheter skulle arbeta mot ett gemensamt mål:

*”Det var bra att vi alla träffades för det var inte bara ett problem på kirurgavdelningen, det som görs både före och efter är jätteviktigt för patienten” (SSK).*

Den gemensamma övergripande riktlinjen – vilka patienter som skulle få erbjudande om ”Öppen Retur” – blev avgörande för att förbättringsarbetet överhuvudtaget kunde genomföras. Tack vare den gemensamma övergripande riktlinjen kom samarbetet igång kring en riktlinje som länge saknats. Det var sedan lättare för arbetsgruppen att arbeta vidare med mer komplexa utmaningar som t ex hur man kommunicerade mellan mikrosystemen för att öka patientsäkerheten för den gemensamma patienten. Sammantaget var alla informanter eniga om att det var viktigt för arbetet att vara överens om rutiner och riktlinjer när förbättringsarbetet skulle genomföras mellan flera mikrosystem.

#### *Arbetsätt*

För att kunna få en gemensam helhetsbild fanns en samstämmighet från de intervjuade medarbetarna att gruppen som arbetade med förbättringsprojektet skulle vara en väl sammansatt grupp från alla berörda enheter så att t ex patientens behov kunde förstås utifrån olika perspektiv:

*”En tvärprofessionell grupp är ett grundkrav med olika yrkeskategorier alla enheterna” (Chef)*

Personerna i gruppen bör tycka att förändringsarbete är viktigt. När den tvärprofessionella gruppen arbetade med ett gemensamt förbättringsprojekt var det viktigt att de träffades regelbundet. Flera informanter lyfte också fram att det var bra om man hade någon form av slutdatum när projektet förväntades vara klart. Någon påpekade att det tog lång tid innan man kom fram till de gemensamma lösningarna, men när denne senare reflekterade över tidsaspekten ökade förståelsen för att en förändring av det här slaget tar tid.

#### *Kommunikation*

De regelbundna mötena var viktiga för dialogen. När gruppen träffades vid ett flertal tillfällen var det enklare att även prata om sådant som inte fungerade så bra. Vidare visade det sig att informationen från de olika workshoparna inte alltid hade nått ut till alla medarbetare. Som metodstöd i förbättringsarbetet genomförde jag därför extra informationsträffar över hur förbättringsarbetets förlopp med de enheter som önskade. Informationen spreds på olika sätt; några skickade ut minnesanteckningar via mail, andra informerade på arbetsplatsträffar (APT). I intervjuerna uttryckte flera informanter att det var bra att informationen upprepades flera gånger, för det var lätt hänt att man missade informationen om man inte var med på exempelvis APT när det föredrogs. Ett annat önskemål som kom fram var att det skulle finnas en gemensam projektsida inom verksamhetsområdet som var tillgänglig för alla:

*”Kan det vara en sida på nätet att vi ”flashar” för att det är det här som är nytt det som gäller.” (SSK)*

#### *Hållbart förbättringsarbete*

Avgörande för ett hållbart förbättringsarbete är att vara inställd på att förbättringsarbete tar tid. Alla som var involverade vara medvetna om att ju fler som berörs desto mer komplext blev förbättringsprojektet. Uppföljning av data var något som flera medarbetare också tog upp. Det var viktigt med gemensam dataanalys för att systemet hela tiden kunde bli bättre. Komplexa problem är inte omöjliga att lösa men tar lång tid och det krävs att mätningar görs och följs över tid för gemensam diskussion inom och mellan mikrosystemgränserna. Förbättringsarbetet ökade förståelsen mellan de olika mikrosystemen, främst att allas bidrag var lika viktiga för ett förändrat arbetssätt som gynnade patienten:

*”Jag tror att vi behöver träffas och hålla detta vid liv, diskutera både avdelning och team bör träffas för att leva upp till det som är bestämt. Det kan ju komma andra saker som man inte tänkt på tidigare i processen som man kanske behöver vrida och vända på lite mer. Det kan ju bli bättre hela tiden” (Chef)*

#### *Kompetens och lärande*

Något som även var viktigt var tydlighet i vad som ingick i rollen som kontaktsjuksköterska, eftersom det även var kopplat till kompetensutveckling. För att lära av varandra föreslog kontaktsjuksköterskorna att man skulle besöka varandras arbetsplatsträffar för att uppdatera nyheter i behandlingsriktlinjer,

arbetssätt m.m. När ett större förbättringsarbete genomförs var det flera av medarbetarna som tryckte på vikten av ett metodstöd med kunskap om metoder och verktyg som viktigt stöd för att kunna nå målet. Flera informanter föreslog att man skulle kunna göra benchmarking på någon annan enhet för att lära borta och ta hem för att sprida ny kunskap:

*”Vi lever i tron att de vet vilka kriterier som vi har för att patienter ska komma till palliativa teamet. Det vet man inte, för man möts nästan dagligen av att läkare skäms över att ska jag skriva remissen” (Chef).*

#### *Hindrande faktorer*

Den sista frågan som ställdes under intervjuerna var vilka hinder faktorer som fanns för att kunna genomföra förbättringsarbetet. Det som blev en ögonöppnare för flera medarbetare var att det saknades systemsyn och att det inte fanns någon utsedd person som hade en samordningsfunktion:

*”För våra medarbetare var det ibland lite svårt att se varför de skulle sitta med på mötena när det gällde de andra enheternas problem” (Chef).*

Flera påpekade även att något som kunde hindra förbättringsarbetet var att det saknas resurser, både personella och avsatt tid. När ett förbättringsarbete genomfördes mellan flera enheter kunde brister i det organisatoriska minnet vara en bidragande faktor för att förbättringsarbetet glömdes bort. Det kunde bero på att personalomsättningen var hög och att det nya arbetssättet inte satt sig ordentligt. Någon informant uttalade även att det fanns medarbetare som inte såg sin del i det stora problemet utan det var ”någon annans” sak att förändra:

*”Men så länge vi sitter på våra enheter och inte har några naturliga mötesarenor för att kunna prata då blir det svårt och det blir vi och ni” (SSK).*

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

I diskussionens första del lyfts de egenskaper och strategier fram som enligt Nelson, Batalden & Godfrey (2007) kan användas för att förena ”löst kopplade” mikrosystem. I den andra delen av diskussionen presenteras de framgångsfaktorer och hinder som påverkar de löst kopplade mikrosystemens gemensamma utveckling utifrån analysen och resultatet i den här presenterade studien. Diskussionen avslutas med att jämföra faktorer från Nelson, Bataldens & Godfrey ramverk med studiens resultat, inklusive en diskussion om likheter och skillnader mellan de två studierna och en presentation om vad som kan tolkas som nya faktorer som tidigare inte varit så tydligt beskrivna, dvs den aktuella studiens eventuella bidrag till ny kunskap inom området.

Enligt Nelson, Batalden och Godfrey (2007, s.86) var strategier som kopplades till olika systemegenskaper (se tabell 5, kolumn 1 och 2) viktiga. För att skapa ömsesidigt beroende och stabilitet mellan enheterna krävdes det fokus på medarbetarnas individuella inriktningar och roller samt att en gemensam logik och ett gemensamt syfte skapades. Ledarskapet kännetecknades av att utöva inflytande, upprätta formella kontrakt och följa upp data. Genom att fokusera på syftet blev gränserna inte lika tydliga. Anpassning av arbetet krävde fokus på effekterna. Strukturen och processens roll hade fokus på själva vägen, mot ett samarbete där dialog och potentiella effekter av gemensamt agerande lyftes fram.

I analysen av den aktuella studien kunde framgångsfaktorer såväl som hinder för det gemensamma utvecklingsarbetet identifieras. Sex teman identifierades i den kvalitativa innehållsanalysen, varav de första fem genomsyrades av ett patientperspektiv: Gemensam helhetsbild, Arbetssätt, Kommunikation, Kompetens och lärande, Hållbart förbättringsarbete samt Hindrande faktorer. De sex tematiska områdena kan omformuleras som framgångsfaktorer resp. hinder för utveckling av ”löst kopplade” mikrosystem i en vokabulär som matchar Nelson, Batalden & Godfreys ramverk (2007), se också tabell 5, kolumn 3, där specifika framgångsfaktorer och hinder formulerats utifrån ovan teman.

Viktiga specifika framgångsfaktorer för förbättringsprojektet var när medarbetare från de olika mikrosystem träffades och diskuterade vad som behövde göras för deras gemensamma patienter. De fick då en mer övergripande gemensam systemsyn (Senge, 1995). En annan styrka med projektet var ett tvärprofessionellt samarbete mot samma mål som syftade till att tillfredsställa patientens unika vårdbehov. Patienten blev en naturlig ”attraktor” för de löst kopplade systemen – patientens behov blev

ett tema som genomsyrade dialoger, val av förbättringsverktyg och syftet med projektet. Detta bidrog i sin tur till en gemensam "Helhetsbild" och de olika förbättringsförslagen som arbetsgruppen arbetade fram tillsammans var alla eniga om. Enligt Weick (2001) är en av förutsättningar för att löst kopplade mikrosystem ska bli tätare sammankopplade just enighet om regler och rutiner och hur dessa kommuniceras – "Kommunikation". I det aktuella projektet fanns en tydlig kommunikationsstrategi som omfattade medarbetare från alla deltagande kliniska enheter. All framtagen gemensam dokumentation finns nu på intranätets hemsida och är lätt tillgänglig för alla.

Vad beträffar "Arbetssätt" i förbättringsarbetet användes workshop som iterativ metod för att få in ett kontinuerligt lärande i projektet. Under mötena användes även olika metoder och verktyg såsom PDSA, Riche Picture och fiskbensdiagram för gemensamt lärande; ett specifikt exempel på temat "Kompetens och lärande". När resultat utifrån exempelvis journalgranskningen kunde redovisas ökade förståelsen för komplexiteten kring problemet. Den återkommande, gemensamma reflektionen över olika erfarenheter och kompetenser under workshoparna bidrog till att medarbetarna pratade om fenomen på nya sätt, vilket i sin tur utökade systemförståelsen ("Helhetsbild") och medförde nya sätt att agera under PDSA-testerna ("Arbetssätt") (Argyris & Schön, 1996). Under projekttiden började ett av de tre cancerteamen att träffas regelbundet runt sin gemensamma patient, ett exempel på begynnande "Hållbart förbättringsarbete". De övriga två planerar att starta tvärprofessionella möten efter sommaren 2020. När medarbetarna träffades över systemgränserna utbyttes erfarenheter och det hjälpte till för att höja kompetensen hos den enskilde individen men gör gruppens lärande ("Helhetsbild", "Kompetens och lärande"). För att få ett varaktigt förbättringsarbete att stanna upp krävs ett ledarskap som möjliggör att medarbetarna träffas och att resultatet följs upp. De fyra mikrosystemen har en övergripande chef som kommer att hålla i uppföljningen.

Som exempel på potentiella "Hindrande faktorer" i förbättringsarbetet var medarbetarnas första fokus att en gemensam riktlinje för oplanerade inläggningar måste tas fram. Efter några träffar visade det sig att det som från början verkade vara enkelt problem att var mer komplext när medarbetarna från de olika mikrosystemen träffades och pratade om sina erfarenheter kring patienten. Samtidigt blev den gemensamma riktlinjen en fråga som måste lösas innan man kunde gå vidare – frånvaron av en gemensam riktlinje kunde ses som ett hinder för fortsatt utveckling.

Två andra hinder var otillräckligt med avsatt tid för gemensamt arbete samt att projektet inte kunde fortsätta i den takt och under den tid som var planerat. Efter att de olika lösningsförslagen testades utifrån PDSA-hjul, och de första mätningarna kunde påvisa en nedgång av antalet oplanerade inläggningar före årsskiftet, blev det intressant att analysera varför trenden inte höll i sig efter årsskiftet. En förklaring till den första toppen av inläggningar runt jul och nyårshelgen kan ha berott på att det mobila palliativa teamet inte var i tjänst och inga nya patienter anslöts till enheten. Man kan verkligen ifrågasätta om ett palliativt team enbart ska arbeta måndag till fredag. Det är emellertid möjligt om patienterna har en uppdaterad vårdplan och samarbete med den kommunala hemsjukvården fungerar optimalt (Lifvergren, et al., 2012). Nästa steg för verksamheten blir att förbättra samarbetet med primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården.

Det framkom även vid uppföljningsmötet i februari att de två sista lösningsförslagen inte genomförts fullt ut på grund av tidsbrist. Remissen till palliativa teamet var inte klar och aktiva överlämningar gjordes endast av kontaktsjuksköterskorna på mottagningarna. I mars, när förbättringsarbetet avslutades, fick Coronapandemin fäste i Sverige. Under våren gick sjukhuset så småningom in i förstärkningsläge på grund av Corona-pandemin, vilket fick till följd att fysiska möten inte längre kunde ske. En annan orsak till minskningen av remisser till palliativa teamet kan förmodligen förklaras av att en läkare gick tillbaka som smittskyddsläkare och fick helt andra arbetsuppgifter, och ytterligare en annan läkare sjukskrev sig. All uppföljning av förbättringsarbete har nu stannat av helt. Den korta projekttiden kan förklara varför de förändrade arbetssätten inte etablerats och blivit stabila – det "organisatoriska minnet" har ännu inte utvecklats. En förhoppning är att projektet kommer att återupptas till hösten igen. Vikten av att hela tiden följa upp resultat över tid och ständigt förbättra blir extra tydligt i detta projekt som ännu inte nått sina projektmål.

I tabell 5 sammanfattas ovan diskussion genom att presentera kännetecknen för löst kopplade mikrosystem (kolumn 1) samt illustrera nuvarande rekommenderade strategier enligt Nelson, Batalden och Godfrey (2007) (kolumn 2) bredvid identifierade framgångsfaktorer/hinder i studien utifrån de teman som kommit fram i innehållsanalysen och som exemplifierats i diskussionen ovan (kolumn 3). Uppställningen möjliggör en jämförelse mellan tidigare rekommenderade strategier och i studien identifierade framgångsfaktorer/hinder (kolumn 4). Vilka likheter respektive skillnader finns?

Tabell 5. Faktorer av betydelse för löst kopplade mikrosystem. Jämförelse av Nelson et als föreslagna strategier med resultat från den aktuella studien.

<b>System-kännetecken</b>	<b>Strategier för löst kopplade mikrosystem*</b>	<b>Studiens resultat:</b> Framgångsfaktorer/hinder som beskrivits i <b>sex teman</b> (se sektionen Kvalitativ innehållsanalys, s. 23)	<b>Strategier i studien som skiljer sig från Nelson et al.</b>
Ömsesidigt beroende mellan delarna i systemet	Arbeta med logik, syfte och socialisering	<b>Teman:</b> Gemensam helhetsbild, Arbetsätt: Koppla tidigare separerade enheter i nätverk längs patientens vårdresa.	Starkare betoning av patientens vårdbehov och sammankoppling av mikrosystem i nätverk för att utveckla systemsyn
Ledarskap	Arbeta genom att utöva inflytande, upprätta kontrakt, använd fakta/data	<b>Teman:</b> Helhetsbild, Kommunikation: Koordinera och leda regelbundna möten där medlemmar från olika mikrosystem träffas.  <b>Tema:</b> Kompetens och lärande: Uppmuntra inre drivkrafter; autonomi, mening och individuell såväl som gemensam utveckling.  <b>Teman:</b> Helhetsbild, Kommunikation: Uppföljning av resultat utifrån patientens perspektiv för att motivera fortsatt gemensam utveckling av mikrosystemen	Mindre fokus på s.k. externa drivkrafter (formellt inflytande, kontrakt) och mer fokus på inre drivkrafter, där patientens behov sätts i förgrunden och det formella ledarskapet tonas ned.
Stabila koalitioner	Fokusera på deltagarnas inriktning och roller	<b>Teman:</b> Helhetsbild, Arbetsätt: Tvärprofessionella team från alla mikrosystem som träffas regelbundet över systemgränser längs patientens vårdresa.	Stabila koalitioner motiveras utifrån patientgruppens behov snarare än deltagarnas roller
Vikten av samordning och kontroll	Använd och lär av gemensamma data	<b>Teman:</b> Arbetsätt, Kompetens och lärande: Uppföljning och ständig förbättring av såväl arbetsätt som gemensamma data.  Använd nya förbättringsverktyg och workshops iterativt för gemensamt lärande	Fokus på nya verktyg som i sin tur leder till förändrade arbetsätt och förbättrade resultat

Gränser	Arbetar med gemensamt syfte	<b>Teman:</b> Gemensam helhetsbild, Kommunikation: Gemensamt syfte men också tvärprofessionella team som träffas regelbundet över systemgränser utifrån patientens vårdresa	Samma fokus på syfte, men patientens vårdbehov överordnat och skapar gemensam inre drivkraft
Operativa anpassningar	Fokusera på effekter	<b>Teman:</b> Helhetsbild, Arbetsätt: Fokusera på både förändrat arbetsätt och resultat/effekter, särskilt utifrån ett patientperspektiv.	Fokus på både arbetsätt och resultat, se ovan
Vikten av struktur och process	Fokuserar på utveckling av interaktion (t ex genom dialog – att lyssna/prata, ta vara på möjligheter till gemensamt agerande, lyfta fram nyttan av att arbeta tillsammans)	<b>Teman:</b> Helhetsbild, Arbetsätt: Utgå från patientens behov i utveckling av interaktioner, i dialoger, i nyttan av att arbeta tillsammans	Patientens behov i centrum för processuell utveckling av interaktion
_____		<b>Tema:</b> Arbetsätt: Avsaknad av gemensamma riktlinjer och rutiner	Ett hinder som behöver angripas innan utveckling utifrån ett patientperspektiv kan få fart
_____		<b>Tema:</b> Hållbart förbättringsarbete: Avsaknad av rimliga resurser (t ex tid) för utvecklingsarbetet	Ett hinder som behöver angripas innan utveckling utifrån ett patientperspektiv kan få fart
_____		<b>Tema:</b> Hållbart förbättringsarbete: Tid för utförande, uppföljning och förvaltning av projekt är för kort	Inget ”organisatoriskt minne” etableras

Av uppställningen framgår att många faktorer är gemensamma, t ex behovet av ett gemensamt syfte, och en gemensam logik, återkommande dialog, nyttan av gemensamt lärande utifrån data samt socialisering med flera faktorer.

Vad som kanske är mer intressant är skillnaderna mellan rekommenderade strategier och de i studien identifierade framgångsfaktorerna/hindren för olika mikrosystems gemensamma utveckling (kolumn 4). I studien kunde följande framgångsfaktorer samt hinder identifieras, omformulerade utifrån det språkbruk som använts i Nelson, Batalden & Godfreys ramverk:

- Starkare betoning av patientens vårdbehov och sammankoppling av mikrosystem i nätverk för att utveckla systemsyn
- Mindre fokus på s.k. externa drivkrafter (formellt inflytande, kontrakt) och mer fokus på inre drivkrafter, där patientens behov sätts i förgrunden och det formella ledarskapet tonas ned
- Stabila koalitioner motiveras utifrån patientgruppens behov snarare än deltagarnas roller och kontrakt

- Fokus på nya verktyg som i sin tur leder till förändrade arbetssätt, reflektion och förbättrade resultat
- Samma fokus på syfte, men patientens vårdbehov överordnat och skapar gemensam inre drivkraft
- Patientens behov i centrum för processuell utveckling av interaktion

Jämfört med de rekommenderade strategierna framträder i studien ett mer uttalat patientfokus som motivator för en gemensam helhetsbild. De unika patienternas samlade behov bestämde också vilka mikrosystem som behövde kopplas ihop i ett nätverk av processer för att framgångsrikt tillfredsställa deras behov. Formella, externa drivkrafter var nedtonade till förmån för inre drivkrafter vad avser ledarskap och gemensamt syfte (se t ex Pink, 2009). Likaså fanns ett större fokus på introduktion av nya förbättringsverktyg som en mekanism för att inspirera ”nytt” agerande, vilket i sin tur gynnade såväl individuellt som gemensamt lärande.

De hinder som identifierats i den aktuella studien finns inte tydligt med i det existerande ramverket:

- Hinder behövde angripas innan utveckling utifrån ett patientperspektiv kunde få fart och ett ”organisatoriskt minne” utvecklas, dvs, förbättringsarbetet blir långsiktigt hållbart. Exempel:
  - Avsaknad av basala, gemensamma riktlinjer och rutiner som behövde åtgärdas innan projektet kunde angripa mer komplexa problem
  - Tid för utförande, uppföljning och förvaltning av projekt var för kort

Det framgår inte av ramverket om frånvaro av framgångsfaktorer ska ses som ”hinder”, vilket kan tyckas vara en svaghet i de rekommenderade strategierna. I den aktuella studien förefaller hinder vara unika fenomen separerade från framgångsfaktorerna, dvs. hinder är inte samma sak som frånvaro av en framgångsfaktor (jämför hygienfaktorer, se Hertzberg, 1966/1993).

Sammantaget kan de i studien identifierade framgångsfaktorerna till stor del sammanfattas som lärandemekanismer (Docherty & Shani, 2008). Docherty & Shani (a.a.) menar att olika lärandemekanismer kan användas samtidigt för att accelerera det gemensamma lärandet, i detta fall i och mellan mikrosystemen. De använder begreppen kognitiva, strukturella och procedurella lärandemekanismer (a.a.).

Kognitiva mekanismer handlar bl. a om språket; hur man pratar om olika fenomen som t ex ramverk, syfte och värderingar. Genom att prata om redan kända fenomen på nya sätt kan nya insikter och perspektiv inspireras. Exempel på kognitiva lärandemekanismer i projektet var hur patientens perspektiv lyftes fram i allt ”prat”, t ex i dialoger och diskussioner under olika workshops. Likaså gavs det utrymme åt patientens ”röst” genom intervjuerna i förbättringsdelen av projektet.

De strukturella mekanismerna handlar om hur verksamheten är organiserad; hur man på nya sätt kopplar samman medarbetare från olika mikrosystem för att accelerera lärandet. Nya strukturer leder till att medarbetare som inte träffats tidigare får nya arenor för att tillsammans undersöka gemensamma problem. I det här fallet kan de planerade arbetsmöten där alla hade möjlighet att delta längs patientens vårdprocess ses som ett exempel på en strukturell lärandemekanism.

Den sista mekanismen handlar om procedurer, vilket innebär att introducera nya verktyg och metoder som möjliggör för de involverade medarbetarna att agera på nya sätt, vilket i sin tur kan bidra till reflektion och ett ökat gemensamt lärande. I det här projektet kan t ex Riche Picture, släktskaps- och fiskbensdiagram samt PDSA-cyklar ses som exempel på nya procedurer som inspirerade till nytt agerande med efterföljande gemensam reflektion och ny förståelse.

## Metoddiskussion

För att kunna besvara studiens syfte - hur löst kopplade mikrosystemen kan förbättra samarbetet och därmed bättre koordinera vården för de gemensamma patienterna och deras närstående valdes fallstudie som metod. Yin (2007) menar att fallstudien kan användas i utforskande syfte men också i beskrivande och förklarande, varför jag ansåg att denna metod vara bäst lämpad för mitt syfte. Bryman (2011) anser även att fallstudie passar särskilt bra då ambitionen är att studera tidsbegränsat

förbättringsarbete i ett komplext system, vilket också var fallet för den här studien. Initialt använde jag mig av en s.k. pragmatisk fallstudiedesign inspirerad av Fishman (1999). Men allteftersom studien fortskred blev det tydligt att Fishmans fallstudiedesign i alla väsentliga delar var identisk med Nolans modell för förbättringsarbete (Langley et al, 2009). De små skillnader som fanns var av semantisk karaktär. Jag valde därför att växla fallstudiedesign till en Nolan-inspirerad modell, vilket förenklade datainsamling och analys samtidigt som förbättringsprojektet fortskred. En nackdel med valet var att Nolans modell såvitt jag kunnat undersöka sällan använts som fallstudiedesign, samt att fler studier behövts för att undersöka dess lämplighet för detta ändamål.

När val av metod för studien valdes fanns det några viktiga kriterier att ta hänsyn till för att bedöma eller utvärdera studien av förbättringsarbetet. *Reliabilitet* handlar om tillförlitlighet av den metod som valts, om resultatet från studien blir detsamma om studien görs om på nytt. I den här studien har detta kriterium varit det som varit svårast att uppfylla. Det kan förklaras av den komplexitet som gäller studier av mikrosystem och deras samverkan, eftersom mikrosystem som sådana definieras som komplexa adaptiva system (Nelson, Batalden & Godfrey, 2007), varför kravet på reliabilitet är mycket svårt att uppfylla för alla studier avseende mikrosystem. Vad avser *Replikation*, dvs. går studien att upprepa, har jag strävat mot att uppfylla kriteriet genom att beskriva alla delar av studien så detaljerat och rikt som möjligt så att andra studenter kan upprepa liknande studier i andra kontexter. Vad avser studiens *validitet* kan man skilja på inre validitet, dvs. om studiens slutsatser hänger ihop med undersökningen och extern validitet; huruvida slutsatserna är generella och tillämpliga i andra kontexter än den studerade. I det här fallet har jag återkommande presenterat analyser och resultat för medarbetarna i mikrosystemen för att kontrollera att mina slutsatser överensstämmer med deras upplevelser och erfarenheter för att säkra den inre validiteten. Vad avser den externa validiteten har min ambition varit ge en så rik och detaljerad beskrivning som möjligt av fallet, dess analys och resultat för att därmed göra mina slutsatser tolknings- och överförbara till andra kontexter.

En väsentlig invändning mot studiens upplägg är att det hade varit bra att undersöka patientens upplevelser och önskemål såväl före som efter att förbättringsarbetet genomförts. Vilka preferenser har patienter i behov av palliativ vård? I vilken utsträckning vill de vårdas hemma i kretsen av nära och kära? När vill de ha möjlighet att få hjälp på sjukhuset? Hur fungerar den individuella vårdplanen utifrån deras unika behov? Alla dessa frågor hade sannolikt berikat den vetenskapliga studien väsentligt, men givet den snäva tidsplanen gjorde sammantaget att dessa perspektiv inte kunde tas med i den vetenskapliga delen av studien i detta läge. Ambitionen är att komplettera den här presenterade studien med dessa perspektiv i en framtida, etikprövad studie. Utifrån ett förbättringsperspektiv var en kompromiss ursprungligen planerad - att använda den nationella patientenkäten som skulle genomföras våren 2020 (för att delvis täcka några av ovanstående perspektiv). Tyvärr ställdes enkäten in på grund av pandemin. När det beskedet kom var det försent att påbörja patientintervjuer inom ramen för förbättringsprojektet.

I förbättringsarbete, men även i forskning, är det viktigt att koppla kvantitativa, analytiska metoder till kvalitativa analyser av t ex förändrade arbetssätt för att kunna dra viktiga slutsatser. För att kunna följa utvecklingen över tid i komplexa system, t ex hur olika PDSA-tester inverkar på kvantitativa resultat, är analytiska studier värdefulla (Provost, 2011). I den här studien har en analytisk ansats använts, vilket innebar att eventuella effekter av mikrosystemens förändrade arbetssätt mättes kontinuerligt och kvantitativt. Målet var att särskilja urskiljbar från slumpmässig variation för att eventuellt koppla nya handlingsmönster till ev. mätbara förbättringar i systemets prestanda. Mer konkret följdes förekomsten av oplanerade återinläggningar över tid samt om de framtagna lösningsförslagen (nya handlingsmönster) ledde till ett signifikant minskat antal oönskade återinläggningar över tid (Provost & Murray, 2011). Därmed kunde lösningsförslag kopplas i tid till eventuell påverkan på kvantitativa variabler, vilket i sin tur fördjupade den kvalitativa analysen. Angreppssättet genererade hypoteser kring orsaker till problem men gav också preliminära svar på lösningar som ledde till signifikanta förbättringar i systemet.

Samtidigt måste man tolka kvantitativa, analytiska studier med försiktighet. En vanlig felkälla är att man tolkar samvariation, t ex att ett förändrat handlingsmönster som leder till statistiskt signifikant förändrade data, som ett bekräftat orsak-verkan samband, vilket i själva verket är mycket osäkert. I samma anda ska den p-chart över andel oönskade inläggningar före, under och efter projektet som presenteras i resultatdelen tolkas med försiktighet. För det första är urvalspopulation inte känd utan har approximerats till antal inläggande patienter i medel per vecka. För det andra är alla kriterier för en binomial sannolikhetsfördelning inte uppfyllda; t ex är sannolikheten för inläggningarna troligen beroende av varandra, särskilt om en patient försämras och läggs in flera gånger.

## Slutsatser

Förbättringsarbetet nådde inte sitt formulerade mål och medarbetarna i projektet kommer att arbeta vidare med de olika lösningsförslagen. Däremot har perioderna av aktivt respektive inaktivt förbättringsarbete med åtföljande minskade och ökade oplanerade inläggningar bidragit till en fördjupning av studiedelen av förbättringsprojektet. En viktig förutsättning för att patienter med cancersjukdom ska känna sig trygga när de vårdas i mikrosystemet eller byter vårdgivare är kontaktsjuksköterskans förmåga att identifiera patientens behov.

Syftet med studien har varit att identifiera framgångsfaktorer och hinder för samverkan i och mellan löst kopplade mikrosystem som ansvarar för cancerpatienter med palliativa vårdbehov. Genom att förbättra samarbetet mellan löst kopplade mikrosystem kan vården för den gemensamma patienten och dennes närstående förbättras. Slutsatserna av studien ska tolkas med försiktighet eftersom de utgår från ett, avgränsat fall där förbättringsarbetet fick avbrytas i förtid pga. Corona-pandemin.

I studien har emellertid flera framgångsfaktorer som kompletterar befintliga strategier och ramverk för att bättre samordna löst kopplade mikrosystem identifierats. Gemensamt för dessa faktorer är en starkare betoning på den unika patientens och patientgruppens vårdbehov i alla dialoger och diskussioner inom och mellan mikrosystemen. Patienternas unika behov blir därmed en central motivator för att medarbetare i och mellan mikrosystemen ska utveckla en gemensam helhetsbild och ett gemensamt syfte, där inre drivkrafter är centrala, samt skapa stabila koalitioner i lärande nätverk. Introduktion av relevanta förbättringsverktyg kan stimulera till test av nya arbetssätt, som i sin tur leder till reflektion, ökad förståelse och en tätare koppling mellan mikrosystemen.

De beskrivna framgångsfaktorerna kan till stor del sammanfattas som kognitiva och strukturella lärandemekanismer samt lärandemekanismer som procedurer. En kombination av befintliga strategier och ramverk med lärande mekanismer kan vara en framgångsrik strategi för att utveckla löst kopplade mikrosystems förmåga att koordinera och integrera vården för cancerpatienter.

I studien har också hinder för sammankoppling av mikrosystem identifierats, vilka tidigare inte beskrivits. Hindren kan vara unika fenomen separerade från framgångsfaktorerna och motiverar fler studier för att utveckla befintliga strategier än mer.



## Referenser

Argyris, C., Schön, D. (1978). *Organizational learning- a theory of action perspective*. 2nd edition. Addison Wesley Publishing, MA

Backman, J. (2014). *Rapporter och uppsatser*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-47.

Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organization for Quality- the improvement journeys of leading hospital in Europe and the United States*. CRC Press. Taylor & Francis Group.

Bergman, B., & Klefsjö, B. (2012). *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur.

Bergman, B. (2012). *Ännu bättre vård vad kan vi lära från variationen i öppna jämförelser?* Sveriges Kommuner och Landsting, ISBN: 978-91-7164-896-9

Bradbury, H. and Lifvergren, S. (2016). Action Research Healthcare: Focus on Patients, Improve Quality, Drive Down Costs. *Healthcare Management Forum*, 1, 1–6.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga Metoder*. Stockholm, Liber.

Cartmell R, Coles A. (2000) Informed choice in cancer pain: empowering the patient. *British Journal of Community Nursing*. 5 (11), 560, 562-4. doi: 10.12968/bjcn.2000.5.11.7125.

Coghlan, D., Brannick, T. (2001). *Doing action research in your own organization*. London: SAGE.

Coulter, A., Ellins, J. (2006) Patient-focused interventions. A review of evidence. *Quest for Quality and Improved Performance*. London. The Health Foundation and Picker Institute Europe  
Picker Institute Europe.

Checkland, P. (2000). Soft Systems Methodology: A Thirty-Year Retrospective. *Systems Research and Behavioral Science Syst Res*. 17, 11–58.

Christensen, C., Grossman, J. och Hwang, J. (2009). *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New York, McGraw-Hill.

Docherty, P., Shani, A.B. (2008) *Learning mechanisms as means and ends in collaborative management research*. In Shani A.B., Mohrman, S., Pasmore.W.A., Stymne.B., Adler.N eds. *Handbook of Collaborative Management Research*. Sage. Thousand Oaks CA

Ekman, I. (2014) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Stockholm. Liber AB.

Fishman, D.B. (1999) *The case for pragmatic psychology*. New York University Press, New York.

Flakstad, J.M. & Haarberg, G. (1994). Åpen Retur Et tilbud till pasienter med uhelbredelig kreftsykdom. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 2, 193–194.

Jencks, S.F., Williams, M.V. & Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among Patients in the Medicare fee from service program. *New England Journal of Medicine*, 360, 1418–1428.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112.  
doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Gustavsson, S. (2014). Improvements in neonatal care; using experience-based co design. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 27 (5), 427-438. Doi:10.1108/IJHCQA-02-2013-0016.

Henricson, M. (2012 ed). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Herzberg, F. (1966/1993). *Work and the Nature of Man*. Cleveland: The World Publishing Company.

Höglund Nielsen, B., Granskär, M. (2017) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Kvåle, K., Bondevik, M. (2008) What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22, 582-9. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x

Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., Provost, L. P. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass.

Larsson, M. Bjuresäter, K. (2016) Kontaktsjuksköterskor i cancervård – En studie av befintliga verksamheter i Uppsala Örebroregionen: Regionalt Cancercentrum Uppsala Örebro. Hämtad 5 december,2019, från <https://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska/forskningsstudie-uppsala-orebro/>

Lifvergren, S., Docherty, P., & Shani, A. B. (2011). Toward a sustainable healthcare system: Transformation through participation. In S. Mohrman & A. B. Shani (Eds.), *Sustainability Effectiveness, Volume 1, Emerald, Bingham* (Vol. 1, pp. 99-125). Bingham: Emerald.

Lifvergren, S., Huzzard, T., Andin, U., & Hellström, A. (2012). The Path to Sustainability in Health Care: Exploring the Role of Learning Microsystems. In S. A. Mohrman, A. B. Shani & C. Worley (Eds.), *Organizing for Sustainable Health Care* (pp. 169-197).

Lifvergren, S., Huzzard, T., & Hellström, A. (2015). After a Decade of Action Research: Impactful Systems Improvement in Swedish Healthcare. In H. Bradbury (Ed.), *The Sage handbook of Action Research* (3 ed.). London: Sage.

Nelson E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by Design: A Clinical Microsystems Approach*. San Francisco: Jossey-Bass/Wiley

Nelson, E. C., Batalden, P.B., Huber, T. P., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Headrick, L. A., Wasson, J. H. (2002). Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High-Performing Front-Line Clinical Unit. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28 (9), 472-493. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(02\)28051-7](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(02)28051-7).

Norén, D., Segerberg, A. (2019). Mobil närvård Västra Götaland - Följeutvärderingen Slutrapport. Mobil närvård och Västra Götalandsregionen.

Provost, Lloyd P. (2011) Analytical studies: a framework for quality improvement design and analysis. *BMJ Quality & Safety*, 20 (1), 92-96. doi:10.1136/bmjqs.2011.051557.

Provost, L.P., Murray, S.K. (2011). *The Health Care Data Guide. Learning from data for Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass.

Reed, J. E, Card, A.J. (2016). The problem with Plan-Do-Study-Act cycles *BMJ Quality & Safety*, 25, 147–152. doi:10.1136/bmjqs-2015-005076.

Regionalt Cancercentrum (2019). *Cancerrehabilitering- Nationellt vårdprogram Version: 2.0*. Hämtad 10 december,2019 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-varld/vardprogram/nationellt-varldprogram-cancerrehabilitering.pdf>

Regionalt Cancercentrum Väst (2019) *Stöd för dig i teamet runt cancerpatienten – Om kontaktsjuksköterskan i cancervården, aktiva överlämningar, Min vårdplan och cancerrehabilitering.* Hämtad 3 november, 2019 från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/vast/kssk-folder-2019-rcc-i-samverkan.pdf>

Regionalt Cancercentrum. (2019). Nationell beskrivning av kontaktsjuksköterskans uppdrag Hämtad 29 november, 2019, från <https://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/samverkan/stoddokument-kssk/nationellt-uppdrag-for-kontaktsjukskoterska.pdf>

Regionalt Cancercentrum (2016) Nationellt vårdprogram - Palliativ vård i livets slutskede Hämtad 14 juni, 2020, från [https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-varld/vardprogram/natvp\\_palliativvard\\_vers.2.1\\_dec2016.pdf](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-varld/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf)

Regionalt Cancercentrum Väst. (2015) *EN ÄNNU BÄTTRE CANCERVÅRD Regional utvecklingsplan för cancervården 2015 och framåt.* Hämtad 2 mars, 2019, från [https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan/vast/utvecklingsplan\\_webb\\_uppslag.pdf?v=4fa39aobe06c4035b33fa6359b52c89d](https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan/vast/utvecklingsplan_webb_uppslag.pdf?v=4fa39aobe06c4035b33fa6359b52c89d)

Senge, P. (1995) *Den femte disciplinen – Den lärande organisationens konst.* Stockholm: Thomson Fakta AB.

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslagen.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 13 oktober, 2019 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2014:821. *Patientlag.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 18 maj, 2019 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem.* Stockholm: Finansdepartementet. Hämtad 18 maj, 2019 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrietssystem\\_sfs-2008-962](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrietssystem_sfs-2008-962)

SFS 2003:460. (2003) *Lag om etikprovning av forskning som avser människor.* Hämtad 13 april, 2020, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om cancer.* Hämtad 18 maj, 2019, från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/cancer>  
Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om dödsorsaker.* Hämtad 13 oktober, 2019, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-9-6298.pdf>

SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden. Betänkande av Utredningen En nationell cancerstrategi.* Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordning för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.* Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Stabell, C. och Fjeldstad, Ø. (1998). "Configuring Value for Competitive Advantage: On Chains, Shops, and Networks", *Strategic Management Journal*, 19, (5), 413-437.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Hälso- och sjukvården år 2035.* Stockholm: SKL.

Tonnquist, B. (2018). *Projektledning.* Stockholm: Sanoma Utbildning.

Vårdanalys. (2017). *Cancerläkemedel – ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning.* Stockholm: EDITA BOBERGS

Västra Götalandsregionen. 2015. *Undvikbar slutenvård - Oplanerade återinskrivningar 1–30 dagar bland 65 år och äldre- Spridningskonferens bättre liv för sjuka äldre*. Hämtad 29 november, 2019, från [https://www.google.com/search?q=definition+av+undvikbar+inl%C3%A4ggning&bih=1226&biw=2560&hl=sv&sxsrf=ACYBGNSFJ7MGK-6io8jos9odndK7fdEuTQ:1575027278097&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=pU\\_l7q5txXAqvM%253A%252CyEAWToa-8mBroM%252C\\_&vet=1&usg=AI4\\_-kSqD8Mhu67ArbZMK2EG4VbMQ\\_qYgw&sa=X&ved=2ahUKEwjsrbDrqY\\_mAhVNlYsKHTAEBLoQ9QEwAnoECAQQBg#imgrc=OUucKa7OAdELfM](https://www.google.com/search?q=definition+av+undvikbar+inl%C3%A4ggning&bih=1226&biw=2560&hl=sv&sxsrf=ACYBGNSFJ7MGK-6io8jos9odndK7fdEuTQ:1575027278097&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=pU_l7q5txXAqvM%253A%252CyEAWToa-8mBroM%252C_&vet=1&usg=AI4_-kSqD8Mhu67ArbZMK2EG4VbMQ_qYgw&sa=X&ved=2ahUKEwjsrbDrqY_mAhVNlYsKHTAEBLoQ9QEwAnoECAQQBg#imgrc=OUucKa7OAdELfM)

Västra Götalandsregionen. (2018). *Fakta Västra Götalandsregionen*. Hämtad, 12 oktober, 2019, från <https://www.vgregion.se/om-vgr/statistik-analys/analysportalen/statistik/faktavg/>

Västra Götalandsregionen. (2017). *Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland*. Hämtad, 28 februari, 2019, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/723ec4c3-00e2-44c3-bb44-3166af24902a/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsavtalet%20i%20V%C3%A4stra%20G%C3%B6taland%202017-2020%20Utskriftsv%C3%A4nlig.pdf?a=false&guest=true>

Västra Götalandsregionen. (2019). *Slutrapport Breddinförande av Mobil närvård*. Hämtad 18 maj, 2019, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/af2edfb5-fcb4-4b14-8b2d-e33248eb707d/Slutrapport%20breddinf%C3%B6rande%20av%20mobil%20n%C3%A4rv%C3%A5rd%20i%20VGR%20HSS%202019-00305.pdf?a=false&guest=true>

Weick, K.E. (2001). *Making sense of organization*. Malden, MA: Blackwell

Weick, K.E., Sutcliff, K.M. (2001). *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: Jossey -Bass

WHO (2018) *Fakta cancer*. Hämtad 12 oktober, 2019, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper (2: a uppl.)*. Lund. Studentlitteratur.

Woolcott, H.F. (1990). Making a study more ethnographic, *Journal of Contemporary Ethnography*, 19, 44-72.

Yin, R.K., (2007). *Fallstudier som design och genomförande*. Malmö. Liber

## Bilaga 1. Mikrosystemet utifrån 5 P

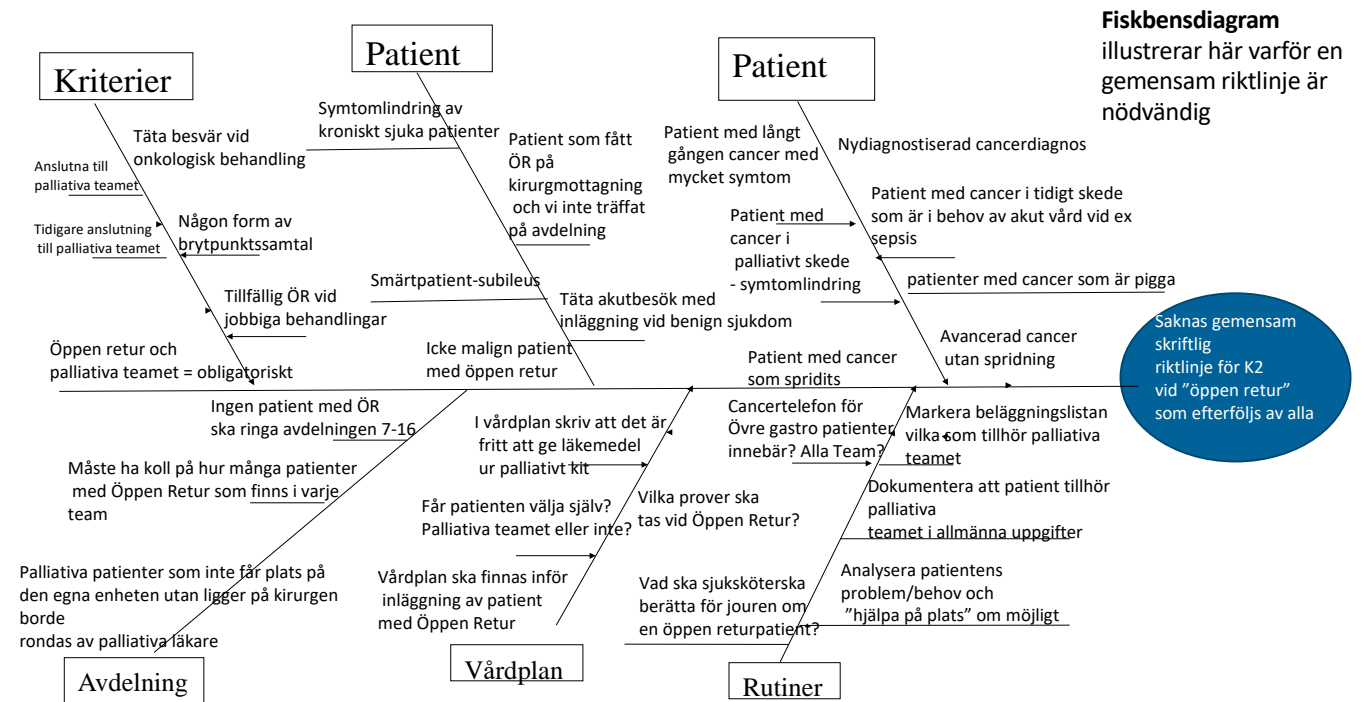
Tabell 1. Beskrivning av mikrosystemen utifrån 5 P. modellen enligt Nelson, Batalden & Godfrey (2007)

	<b>Kirurg mottagning</b>	<b>Onkolog mottagningen</b>	<b>Kirurg avdelning</b>	<b>Palliativa verksamheten</b>
Purpose	Erbjuder öppenvård nybesök, återbesök och enklare operationer.	Onkologiska mottagningen ansvarar för att koordinera hela den onkologiska vården för den cancersjuka patienten	30 vårdplatser under vardagar och 24 vårdplatser på helgerna, 60% akuta sjukdomstillstånd och 40% av patienterna läggs in för planerad utredning eller behandling.	En avdelning med tillhörande palliativt mobilt team ansvarar för att ge specialiserad palliativ vård.
Patients	Ca 225 mottagningsbesök/vecka. 83 stycken nybesök. Ca 65% av alla nybesök genererar operativ åtgärd eller behandling. ca 250 operationer /månad.	Årligen ges 3433 behandlingar till 563 cancerpatienter. Ca 1200 läkarbesök/år	Alla kirurgiska patienter som har behov av slutenvård. Av 1769 st vistelser var det 264 st som hade "öppen retur 2018. Beläggningsgraden är hög 90–100% (ELVIS, 2019).	Patienter som har en genomgått brytpunktssamtal och är i palliativt stadie oavsett diagnos. Verksamheten har 8 åtgärdsplatser Beläggningsgrad 95–100% över året
People/medarbetare	Åtta sjuksköterskor, fem stycken gått kontaktsjuksköterskeutbildning Det arbetar sex undersköterskor och tolv medicinska sekreterare. Sju överläkare i varje team och tre ST läkare i två team och en i ett team. Samt fyra AT läkare fördelade på de tre teamen	På onkologmottagningen arbetar fyra onkologläkare, två av dem är under ST utbildning. Sju stycken kontaktsjuksköterskor och två sekreterare. En sjuksköterska utbildar sig i onkologisk specialistvård	På avdelningen arbetar 24 sjuksköterskor och 24 undersköterskor, alla tillsvidareanställda. Avdelningen har även en koordinator som arbetar dagtid, måndag till fredag. Ett vårdlag består av en sjuksköterska och en till två undersköterskor. Vårdlaget har vanligtvis hand om 6–8 patienter.	Fem läkare varav en utbildas till palliativläkare. I teamet arbetar 5 sjuksköterskor och på avdelningen arbetare det 14 stycken SSK och 9 stycken 1 undersköterskor. Kurator, fysioterapeut och arbetsterapeuter är en naturlig del i teamet
Process	I varje team finns det diagnosspecifika processer och till varje process finns en namngiven processledare, som i sin tur ansvarar för att driva	Startade ett övergripande processarbete 2018, då identifierades ett 50 tal utvecklingsområden i en nulägeskartlägg	Kirurgavdelningens processarbete är främst ERAS (Early Recovery After Surgery) som är en del i den kolorektala cancerprocessen. Under 2018 registrerades 1769	Palliativa enheten arbetar sedan 2017 med ett övergripande processarbete. Sedan starten har medarbetarna arbetat med hälften av de 50 utvecklingsområdena

	<p>processarbetet. Det finns sju stycken cancerprocesser: Analcancer, bröstcancer, bukspottkörtelcancer, gallblåsecancer, matstrups- och magsäckscancer, sköldkörtelcancer, tjock- och ändtarmscancer (kolorektal). Varje processledare redovisar årligen för ledningsgruppen om aktuella kvalitetsmått samt om utmaningar som processen har och behöver stöd i.</p>	<p>ning. Ett utvecklingsarbete påbörjades för att möta det framtida behovet av onkologisk vård och behandling.</p>	<p>unika vistelser och medelvårdtiden låg på 5,3 dygn</p>	
<p>Patterns/ mönster:</p>	<p>Idag arbetar varje mikrosystem för sig och möts sällan för att koordinera vården. Verksamhetens övergripande resultat redovisas i nuläget inte för medarbetarna, varför det inte blir någon naturlig återkoppling på hur man når sjukhusets eller verksamhetens mål utifrån en helhetssyn. Verksamheterna har påbörjat ett arbete där några medarbetare får rotera mellan mottagning och vårdavdelning i syfte att öka kvalitet, lärande och systemförståelsen samt minska sårbarhet avseende bemanning vid frånvaro pga. sjukdom. Det finns idag inte en naturlig patientmedverkan i de olika vårdprocesserna för att utveckla vården tillsammans med patienterna. Trots detta får kirurgkliniken ofta bra resultat gällande patientnöjdhet i Nationella patientenkäten (2018) samt i de nationella kvalitetsregister som verksamheten är ansluten till, särskilt i INCA – informationsnätverk för cancervården (Regionalt cancercentrum, 2019).</p>			



### Bilaga 3. Ishikawadiagram



Figur 2. Ishikawadiagram



## Bilaga 4. Handlingsplan utifrån släktskapsdiagram

Problem	Lösningförslag	Aktivitet	Ansvarig	Datum
Otydlig organisation	Gemensam riktlinje kring Öppen Retur och gemensam patientinformation	Riktlinje för Öppen Retur	Alla	1 november
Otydliga riktlinjer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktiv överlämning mellan kontaktsjuksköterskor</li> <li>Förbättra remissförfarandet till palliativa teamet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Framtagande av riktlinje för aktiv överlämning mellan mikrosystemen</li> <li>Utarbeta remiss som stödjer framtagna kriterier till palliativa teamet för remittent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KSSK på mottagning och onkologmottag</li> <li>Palliativa teamet</li> </ul>	1 november
Minskad trygghet för patient	Teamsamverkan/cancerrehabilitering	Vårdplan	Kontaktsjuksköterskor/ansv. läkare	1 december?
Minskad tillgänglighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samordna besked med onkolog och kirurg</li> <li>Telefontider? E-tjänster?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa struktur för gemensam mötesarena</li> <li>KSSK arbetar fram förslag på hur man kan öka tillgängligheten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvariga läkare</li> <li>Kontaktsjuksköterskor</li> </ul>	1 december?
Försämring i sin sjukdom	Strukturerad mall när patient ringer till avdelning	Ta fram en gemensam mall/checklista på frågor som sjuksköterskan kan använda	Medarbetare som arbetar på avdelning	1 november
Övrigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sekreterare -&gt;PAD-svar till kirurgmottagning istället för till avdelningen</li> <li>Rutin för osignerade PAD svar på avdelning</li> </ul>	Ta bort avdelningskoder på operation	Processchefer	30 november

Figur 2. Handlingsplan utifrån släktskapsdiagram

**PDSA 1.** Handlar om att testa en framtagen *gemensam riktlinje kring erbjudandet om "Öppen retur"*

**PDSA 2.** I riktlinjen ingår även att *revidera patientinformationen* kring öppen retur.

**PDSA 3.** Ta fram en gemensam frågemall/checklista som sjuksköterska på avdelning kan använda då patienter ringer och vill komma in på öppen retur så att rätt vårdnivå erbjuds.

**PDSA 4.** Kontaktsjuksköterskan ska börja med *aktiva överlämningar mellan mikrosystemen* för att patienten ska veta vem som just nu har vårdansvaret och som patienten i första hand ska kontakta. Det här arbetet ansvarar kontaktsjuksköterskorna på kirurgmottagningen tillsammans med kontaktsjuksköterskor på onkologmottagningen för.

**PDSA 5.** Ta fram en reviderad remissmall för att ansluta patienter till palliativa teamet

## **Bilaga 5. Inbjudan till fokusgrupp**

### **Tack för att du visat intresse att delta i vårt förbättringsarbete i syfte att utveckla vården vid Bröstmottagningen, Skaraborgs Sjukhus.**

Vårt syfte är att ta del av dina upplevelser av vården på Skaraborgs Sjukhus och vad du, med denna erfarenhet, anser vara god vårdkvalitet. Dina uppgifter hanteras konfidentiellt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande.

Vi, Lotta och Kicki, kommer tillsammans med dig och tre andra bröstcancerpatienter att i grupp samtala kring dina vårderfarenheter.

**Tid:** 3 eller 10 oktober kl 17.00

**Plats:** Skaraborgs Sjukhus Skövde. Vi möts upp vid Centralreceptionen.

Svar om deltagande och vilket datum som passar dig bäst via SMS eller mail senast måndag 23 september.

Med vänliga hälsningar

**Lotta Apell**

Enhetschef Kirurgi- och urologimottagningen

Tfn 070-305 32 81

charlott.apell@vgregion.se

**Kicki Lifvergren**

Verksamhetsutvecklare

Tfn 070-082 25 31

kristina.lifvergren@vgregion.se

## Bilaga 6. Informationsbrev intervju

Hej!

Jag läser ett mastersprogram i Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd, och mitt examensarbete handlar om ett förbättringsarbete som går ut på att koordinera vården för våra cancersjuka patienter inom verksamhetsområdet för att minska oplanerade inläggningar. Jag vill därför intervju personer som arbetar i de olika verksamheterna för att undersöka deras upplevelse av förbättringsarbetet. Intervjun beräknas ta omkring 20-30 minuter. Din medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas. Din medverkan i studien och den information som du delar med dig av kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att den information du ger mig, inte kan leda till dig som person och ditt namn kommer att ändras. Informationen jag får ta del av under intervjun analyseras med hjälp av utvalda teorier och tidigare forskning i ämnet. För att öka förståelsen och tillförlitligheten av intervjun, kommer vissa meningar användas som citat i uppsatsen. För att få med allt som sägs under intervjun, kommer jag under intervjun att använda en bandspelare och du har all rätt att avbryta intervjun eller välja bort att svara på en viss fråga.

Vänligen

Kristina Lifvergren, verksamhetsutvecklare, tel. 070-082 25 31

## Bilaga 7. Lösningförslag

### Riktlinje direktinläggning på avdelning

#### Syfte

Rutiner för patienter med öppen retur inom verksamhetsområde K2 kirurgi/urologi/palliativ och onkologisk vård Skaraborgs sjukhus.

#### Ansvar

Verksamhetschef, verksamhetsområde K2 Skaraborgs Sjukhus ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och följer gällande författningar/lagar.

Samtlig personal på verksamhetsområde K2 ska delges direktivet via verksamhetschef, processchef och enhetschef.

#### Arbetsbeskrivning

##### *Vem får öppen retur?*

Patient med icke botbar cancersjukdom eller patient med svår kronisk sjukdom och många vårdtillfällen har möjlighet till direktinläggning, så kallad "öppen retur" till vårdavdelning.

Direktinläggning via öppen retur sker dygnet runt veckans alla dagar. Ansvarig läkare tar ställning till när öppen retur ska tillämpas och när den eventuellt ska omprövas. Patient och anhörig ska informeras muntligt och skriftligt om öppen retur.

När erbjudandet om öppen retur ges vid ett besök på urolog-/kirurgmottagningen ska kontaktsjuksköterska meddela aktuell vårdavdelningen att det är gjort.

#### Administrativ rutin

När beslut om "öppen retur" tagits skrivs informationen in i Melior av ansvarig sjuksköterska under "Allmänna uppgifter"- "Att observera". Informationen ska innehålla

- Vem som tagit beslutet samt datum för beslut
- Brytpunktssamtal. I mallen för brytpunktssamtal ska det framgå om sjuksköterska på avdelning får ge trygghetsläkemedel.
- Omvårdnadsinsatser
- Behandlingsinskränkningar ska upprättas när beslut tas om öppen retur.

Ett dokument med information om vilka patienter som har öppen retur finns på respektive avdelning. Där dokumenteras patientens namn, personnummer samt avdelningstillhörighet och team.

#### Rådgivning/inläggning

Patient/närstående tar kontakt med sin kontaktsjuksköterska och/eller vårdavdelning för rådgivning om patientens tillstånd. Rådgivande sjuksköterska kontaktar alltid läkare för beslut om lämplig åtgärd. I de fall beslut fattas om återinläggning på vårdavdelning behöver patienten inte passera akutintaget innan ankomst till sjukhus.

#### **OBS jourtid i Lidköping**

För palliativa patienter med öppen retur behöver bakjour inte kontaktas nattetid, utan beslut om inläggning fattas av tjänstgörande nattsköterska. Patient bedöms och skrivs in av läkare påföljande morgon.

När patient med öppen retur kommer till avdelningen

Vardagar kontorstid kontaktar ansvarig sjuksköterska avdelningsläkaren för inskrivning och ordination när patienten kommit till avdelningen. Jourtid kontaktas jourhavande läkare för bedömning och inskrivning. I Lidköping kontaktas bakjour på jourtid.

#### **OBS jourtid i Lidköping**

För palliativa patienter med öppen retur till Lidköping behöver bakjour inte kontaktas nattetid, utan beslut om inläggning fattas av tjänstgörande sjuksköterska. Patienten bedöms och skrivs in av läkare påföljande morgon.

## Vid platsbrist på patientens hemavdelning

Om hemavdelningen inte kan bereda patienten plats kan annan lämplig vårdavdelning kontaktas.

## Journal och läkemedel

Journal dikteras av ordinarie läkare samma dag om intagningen sker på kontorstid, annars av kontaktad jourhavande läkare.

De läkemedelsordinationer som gällde vid senaste utskrivningstillfälle gäller tills vidare alternativt ges läkemedel enligt brytpunktsmallen.

Verksamhetsrådets generella läkemedelsordinationer gäller.

## Patientinformation

**Skaraborgs Sjukhus**

### Öppen retur

Med öppen retur menas att du har möjlighet att komma direkt till avdelningen om du behöver sjukhusvård.

Du ska alltid ringa innan du åker in till sjukhuset för att vi ska kunna förbereda din ankomst, och då sjuksköterskan kan ge dig råd som gör det möjligt för dig att stanna kvar hemma.

Rådgivande sjuksköterska bedömer i samråd med läkare om direktinläggning på avdelning eller akutmottagningen är mest lämplig utifrån dina uppgivna symtom.

Kontaktvägar  
Din kontaktsjuksköterska: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Din hemavdelning: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Med vänlig hälsning

 VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

## Checklista för omhändertagande av Öppen retur på avdelning

När patienten ringer:

- Kontrollera i *Allmänna uppgifter* att patienten har en öppen retur till avdelning, och om hen är ansluten till Palliativa teamet. Läs senaste aktuella anteckningar i journalen i slutenvård och öppenvård.
- Varför behöver patienten komma till avdelningen? Vad uppger hen för symtom? Ta noggrann anamnes. Ta kontakt med ansvarig läkare för beslut om inläggning eller inte. *Ansvarig läkare och sjuksköterska avgör i samråd om läkaren själv behöver ringa upp patienten för att bilda sig en egen uppfattning innan beslut.*
- Utifrån symtom kan patienten hänvisas till akuten istället för rätt omhändertagande, t ex misstänkt hjärtinfarkt.

- Kan problemet lösas telefonledes? Om inläggning inte blir aktuellt ska anteckning göras om vad man kommit överens om i journalen.
- Hur akut är behovet av inläggning? Kan patienten vänta någon timme i hemmet så plats kan frigöras vid behov.

#### När patienten kommer till avdelningen:

Sjuksköterskan gör en första bedömning av patientens tillstånd, anamnes. Vart befinner patienten sig i sitt sjukdomsförlopp?

- BAS-kontroller kontrolleras förutom på den som är uppenbart döende.
- Provtagning: individuell utifrån symtom och beslutas av läkare oftast redan vid rådgivande samtalet.
- Infart, dropp?
- Bedömning av läkare sker så snart det är möjligt och utifrån patientens tillstånd, ansvarig läkare:
  - Vardagar dagtid: avdelningsansvarig för det team patienten tillhör
  - Jourtid: kirurgjouren
- Har patienten ett medicinskt behandlingsbart tillstånd? T ex sepsis, infektion, stopp i mag-tarmkanalen...
- Kontrollera att uppgifter till närmast anhörig finns i Allmänna uppgifter.

Tills patienten har blivit inskriven av läkare och behandlingsplan är beslutad är det viktigt att lindra de symtom vi kan, t ex: smärta, andnöd, illamående, oro/ångest...

## Rutin Aktiva överlämningar

### Bakgrund

När en person får en cancerdiagnos kommer det under behandlingstiden förekomma många överlämningar mellan olika vårdgivare. För att skapa en sammanhållen vårdkedja för patient och närstående ska alla överlämningar vara "aktiva". Med aktiv överlämning kommer den som har ansvaret för patienten ta kontakt, muntligt och skriftligt, med nästa instans. Den som aktivt har överlämnat en patient, har fortsatt ansvar till dess att mottagande instans bekräftat att kontakt tagits med patienten. Den mottagande enheten kan finnas inom flera instanser såsom specialistvård, primärvård eller kommunal vård. Om det sker överlämningar inom specialistvården ska det alltid finnas en ny namngiven kontaktsjuksköterska eller en rehabiliteringsansvarig. När patienten byter behandlande enhet ska aktuell vårdgivare tydligt framgå i patientjournalen och i patientens *Min vårdplan*. (Regionala cancercentrum i samverkan, 2019)

### Syfte

Att öka patientsäkerhet, trygghet och delaktighet för den cancersjuka patienten och dennes närstående när patienten byter enhet inom K2.

### Rutin

**Muntlig och skriftlig information** till patient ska innehålla:

- Telefonnummer till kontaktsjuksköterska som kommer att ta över.
- Information om vad kontaktsjuksköterskan inom de olika specialiteterna kan vara behjälpliga med.
- En kort sammanfattning av patientens vårdtid bör skrivas in i vårdplanen. Använd stjärnmallen Planering/åtgärd
- Använd med fördel någon typ av hälsokattningsinstrument för att fånga upp rehabiliteringsbehov.

**Sökord** att använda vid aktiv överlämning:

- Sjukdomshistorik som är viktigt att veta. Hänvisa till aktuell läkaranteckning. Undvik dubbeldokumentation då detta inte skapar värde för patienten.
- Given vård/ behandling/ åtgärd och resultat (ev. hänvisning till specifik anteckning)
- Aktuell status, allmäntillstånd
- Rehabiliteringsbehov/ resurser (fysiskt, psykiskt, socialt)
- Närstående och socialt nätverk (finns stöd till patient?)
- Planering och uppföljning av given vård och rehabiliteringsplan
- Vill bli kontaktad av nästkommande kontaktsjuksköterska? Ja/Nej. Inom vilken tidsram?

**Meddela mottagande kontaktsjuksköterska via telefon, bevakningskorg eller vid MDK** om överlämning av patient och hänvisa till aktuell dokumentation.

Vid MDK kan ett alternativ vara då sjuksköterska från onkologimottagningen inte deltar vid MDK att sekreterare som närvarar kallar patienten till onkologläkarbesök för information/ ställningstagande till behandling. Onkolog rapporterar till sjuksköterska på onkologimottagningen att kalla patienten för uppstart av behandling.

**Mottagande kontaktsjuksköterska bekräftar** att de tagit över ansvaret genom en kort journalanteckning i Melior, lämpligt att dokumentera vid behandlingsstart. Skriv in i allmänna uppgifter (namn och datum från).

Kirurgens/ urologens namngivna kontaktsjuksköterska kan finnas kvar under allmänna uppgifter under behandlingstiden eftersom det kan uppstå symptom/ problem som inte är relaterade till den onkologiska behandlingen.

När patienten är färdigbehandlad (adjuvant) rapporteras patienten vidare till nästa instans via bevakningskorg eller telefon. Skriv in i allmänna uppgifter (namn och datum avslut)



### Remiss till specialiserad palliativ vård

== Palliativa teamet            Tel. 0500 - 47 85 08/  
Skövde                            43 18 16  
Fax 0500 - 47 85 12

== Palliativa teamet            Tel. 0510 - 855 03  
Lidköping                      Fax 0510 - 850 44

Patient id: Namn: Adress:  Telefon:
---

Diagnos:.....

Anamnes:.....

Remitterande klinik/avdelning.....

Ansvarig läkare.....

Ansvarig kontaktsjuksköterska.....Telefon.....

Patient/Närstående **väl** informerade om den fortsatta vårdens inriktning. **Datum:**.....

==Gift    ==Ogift    ==Barn <18 år

Hjälp av annan vårdgivare (namn): .....

Tel: .....

### Indikationer för specialiserad palliativ vård

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Förväntad kort överlevnad (veckor – månader)                     |  |
| <input type="checkbox"/> Brytpunktssamtal genomfört och dokumenterat i patientens journal | <input type="checkbox"/> Begränsade vårdinsatser dokumenterat i patientens journal |
| Datum _____   | Datum _____  |
| <input type="checkbox"/> Direktinläggning (Öppen Retur) till _____                        | <input type="checkbox"/> Slussad till och/eller inskriven i kommunal hemsjukvård   |
| <input type="checkbox"/> Komplexa och svårbehandlade symtom                               | Datum _____  |
| <i>Smärta</i><br>Åtgärd _____   | <i>Illamående</i><br>Åtgärd _____  |
| <i>Oro</i><br>Åtgärd _____  | <i>Psykosociala eller andliga problem</i><br>Åtgärd _____                          |

### Onkologisk behandling

Adjuvant     Neoadjuvant     Palliativ     Ingen

Fortsatt planerad behandling.....

Ansvarig onkologläkare.....

Kontaktsjuksköterska onkologmottagning.....Telefon.....



## Bilaga 8. Innehållsanalys

Tabell 2. Kvalitativ innehållsanalys; domän, kategori, och tema

Domäner	Kategori	Tema
Möjliggör	Gemensamt mål	Gemensam Helhetsbild
	Rutiner och Riktlinjer	
	Tvärprofessionella team	Arbetsätt
	Regelbundna möten	
	Samarbete	
	Dialog	Kommunikation
	Lättillgänglig information	
	Återkoppling	
	Förändrat arbetsätt	Hållbart förbättringsarbete
	Följa upp och ständigt förbättra	
	Kunskapshöjande	Kompetens och lärande
	Benchmarking	
	Förståelse	
	Metodstöd	
Hindrar	Resursbrist	Hindrande faktorer
	Systemsyn saknas	
	Inga enhetliga rutiner	

Tabell 3 Ett exempel från innehållsanalysen där meningsenheter har kondenserats ner, kodats, samt underkategori och kategorier växt fram.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Men jag skulle tänka mig att man har ett forum faktiskt där de här enheterna som du pratade om KSSK, onkolog, palliativa men även vårdavdelningen träffas, där man har vissa patienter som cirklar runt och som inte fungerar optimalt på hemmaplan otrygga och mycket symtom.	ett forum faktiskt där de här enheterna som du pratade om KSSK, onkolog, palliativa men även vårdavdelningen träffas	Samverkan runt om patienterna när behov uppstår	Behandling/ teamkonferenser	Tvärprofessionella team