



LUNDS
UNIVERSITET

Campus Helsingborg
Institutionen för Service Management

Patient vs. Kund

En studie angående möjligheten att tillämpa benämningen kund
istället för patient på akutsjukvårdens vårdsökare

Kurs: Examensarbete Kandidatexamen - SMKK01

Författare: Hanna Holgersson, Malin Mörkeberg & Sanna Danielsson

Handledare: Lars Nordgren & Johan Alvehus

Datum: 2011-05-24

Sammanfattning

- Titel:** Patient vs. Kund – en studie angående möjligheten att tillämpa benämningen kund istället för patient på akutsjukvårdens vårdsökare
- Nivå:** Kandidatuppsats, Institutionen för Service Management
- Författare:** Hanna Holgersson, Malin Mörkeberg och Sanna Danielsson
- Handledare:** Lars Nordgren och Johan Alvehus
- Nyckelord:** Patient, Kund, Värde, Delaktighet, Bemötande, Valfrihet och Medbestämmande
- Problem:** Utvecklingen mot ett mer tjänste- och kundorienterat synsätt har spridit sig även till den offentliga sektorn som på senare tid har börjat agera mer och mer som privata organisationer, med ett ökat intresse för kunden. I samband med att tidigare forskning visar att begreppet kund har spridits till hälso- och sjukvården anser vi att en tendens till att skiljelinjen mellan begreppen patient och kund allt mer suddas ut. Frågeställningarna i denna uppsats är därför: Är det möjligt att tillämpa benämningen kund istället för patient på vårdsökare vid en akutmottagning? Hur ser personalen på ett möjligt intåg av kundbegreppet inom akutsjukvården?
- Syfte:** Syftet med studien är att utifrån kundbegreppets och patientbegreppets betydelser i hälso- och sjukvården, undersöka om det finns förutsättningar att tillämpa kundbegreppet inom akutsjukvården.
- Metod:** Vi har utfört en kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer samt en fokusgruppsintervju. Genom det empiriska materialet har vi analyserat fram ett resultat med hjälp av en innehållsanalys. För att undersöka syftet har sedan teori tillsammans med resultatet av det empiriska materialet vävts samman i en analys.
- Resultat:** Vi har kommit fram till att det ena begreppet inte utesluter det andra och att personalen redan lägger många av kundbegreppets centrala faktorer i patientbegreppet. Det skulle kunna vara möjligt att betrakta vårdsökaren som en kund i alla hänseenden förutom just i själva behandlingssituationen. Relationen mellan vårdgivaren och vårdsökaren kommer i det hänseendet alltid att vara asymmetrisk. Vi kan konstatera att personalen, i dagsläget inte är redo för en begreppsförändring men det teoretiska materialet indikerar dock att det finns möjlighet att införa kundbegreppet inom akutsjukvården på längre sikt.

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Syfte och frågeställning	5
1.2 Tidigare forskning	6
1.3 Avgränsningar	7
1.4 Presentation av Helsingborgs lasarett.....	7
1.4.1 Akutprocessen	8
1.5 Begreppsdefinition	8
1.5.1 Vårdsökare	8
1.5.2 Vårdgivare	9
1.6 Teoretisk referensram	9
1.7 Disposition	9
2. Metod	10
2.1 Inledande fas	11
2.2 Semistrukturerade intervjuer	11
2.3 Fokusgruppsintervju	12
2.4 Ytterligare intervjuer	13
2.5 Bekvämlighets- och snöbollsurval	13
2.6 Framställning av resultat och innehållsanalys.....	14
2.7 Tidigare erfarenhet.....	15
2.8 Validitet och reliabilitet	15
2.9 Källkritik.....	15
3. Teori.....	16
3.1 Patientbegreppet	16
3.2 Kundbegreppet.....	17
3.3 Patient vs. Kund.....	18
3.4 Värde i hälso- och sjukvården	21
3.4.1 Delaktighet	21
3.4.2 Valfrihet och Medbestämmande	22
3.4.3 Bemötande	23
4. Redovisning av det empiriska materialet	25
4.1 Patientbegreppet	25

4.2 Kundbegreppet.....	26
4.3 Patient vs. Kund.....	27
4.4 Värde i hälso- och sjukvården	29
4.4.1 Delaktighet	31
4.4.2 Valfrihet och Medbestämmande	32
4.4.3 Bemötande	33
5. Analys	35
5.1 Vårdsökarens roll i vårdmötet.....	35
5.2 Rätten att göra val.....	36
5.3 Patient eller kund?	37
5.4 Vårdsökaren som aktiv deltagare.....	38
5.5 Att köpa sig vård.....	38
5.6 En holistisk syn på människan	39
5.7 Värde	40
5.8 Bemötande och medmänsklighet	41
5.9 Ett framtida begrepp	42
6. Slutsats	43
7. Diskussion.....	44
7.1 Vidare forskning	45
Bilaga 1	V
Bilaga 2	VI
Bilaga 3	VII
Bilaga 4	VIII
Bilaga 5	IX

1. Inledning

Utvecklingen mot ett mer tjänste- och kundorienterat synsätt har spridit sig även till den offentliga sektorn som på senare tid har börjat agera mer och mer som privata organisationer, med ett ökat intresse för kunden. Denna förändring beskrevs av Hood (1995) och begreppet New Public Management, som innebär just en ökad marknadsorientering även i den offentliga sektorn myntades. Det här kan delvis förklaras med tjänstesamhällets utbredning, en ökad marknadsorientering i samhället och medborgarnas ökade krav på service. Denna utveckling har i sin tur medfört att den offentliga sektorn har börjat se på vinstdrivande företag på den privata marknaden som förebilder och därför tagit till sig synsätt och begrepp därifrån. (Ivarsson 2005, s. 17-19)

[...] när jag är sjukvårdspersonal vill jag ha patienter, och de ska komma och lyssna på vad vi säger, och vi ska bestämma över dem. Men om jag ska söka vård någonstans jag vill faktiskt vara kund.

(Akutläkare)

I takt med växande personligt välstånd, introduktion av ny media och allmänhetens förändrade resevanor har även människornas världsuppfattning förändrats. Människorna har blivit mer aktiva och krävande, både privat och i sin yrkesroll och är mer medvetna om sina välmöjligheter och rättigheter. (Normann 2001, s. 34-53)

Nordgren (2006) menar att det har skett en spridning och ökning av marknadsorientering inom offentliga verksamheter, bland annat inom hälso- och sjukvården. Han menar att inträdet av marknads- och Service Managementdiskursen i hälso- och sjukvården har öppnat upp för kundbegreppet även där och bidragit till att synen på den vårdsökande har förändrats och att den vårdsökande numera kan kallas för kund. (Nordgren 2006, s. 38)

1.1 Syfte och frågeställning

I samband med att tidigare forskning visar att begreppet kund har spridits till hälso- och sjukvården upplever vi en tendens till att skiljelinjen mellan begreppen patient och kund allt mer suddas ut. I gemene mans ögon ses individen som en kund när hon går i en butik och en patient när hon går in genom exempelvis dörrarna på en akutmottagning. Vi ställer oss frågande till om patientbegreppet kan vara föråldrat i sin innebörd och kontext. Vi ser av den orsaken ett behov av att utreda begreppets aktualitet och huruvida det bör bytas ut till ett annat begrepp. Vi finner det även särskilt intressant att undersöka patientbegreppets respektive

kundbegreppets tillämplighet inom akutsjukvården eftersom vi inte påträffat någon tidigare forskning inom det här området sedan tidigare. Vi ser en relevans i att undersöka just akutsjukvården eftersom merparten av hälso- och sjukvårdens besökare kommer till akutmottagningen först, innan de skickas vidare till andra instanser inom vården. Landets alla akutmottagningar har tillsammans cirka 2,5 miljoner besök om året vilket visar på akutsjukvårdens omfattning. (Socialstyrelsen¹ 2011, s. 7)

Syftet med studien är att utifrån kundbegreppets och patientbegreppets betydelser i hälso- och sjukvården, undersöka om det finns förutsättningar att tillämpa kundbegreppet inom akutsjukvården. Med syftet som utgångspunkt har vi för avsikt att besvara följande frågeställning:

Är det möjligt att tillämpa benämningen kund istället för patient på vårdsökare vid en akutmottagning?

För att ge undersökningen ett större djup och sammanhang anser vi det därför relevant att även besvara frågan:

Hur ser personalen på ett möjligt intåg av kundbegreppet inom akutsjukvården?

1.2 Tidigare forskning

Det finns forskning att tillgå om den förändring och utveckling som sker mot ett mer kund-, tjänste- och marknadsorienterat synsätt inom den offentliga sektorn. Hood (1995) skildrar intåget av den så kallade New Public Management under 1980-talet redan 1995. Därefter har ämnet utvecklats och beskrivits även av andra framstående forskare samt introducerats i hälso- och sjukvården av bland andra Normann (2001) och Nordgren (2004).

Den forskning som har gjorts gällande ett begreppsskifte inom hälso- och sjukvården har behandlat främst Hälso- och sjukvården i stort. Wing (1997) och Neuberger och Tallis (1999) undersöker möjligheterna att byta ut patientbegreppet mot något annat begrepp och Nordgren behandlar ämnet i flera artiklar. Däremot har vi inte kunnat finna några vetenskapliga texter som behandlar ett begreppsskifte, från patient till kund, specifikt inom akutsjukvården.

1.3 Avgränsningar

Syftet och frågeställningarna kommer att behandlas utifrån empiriskt material från Helsingborgs lasarett. Eftersom vi endast gjort en fallstudie är vi medvetna om att undersökningen inte är generaliserbar och att resultatet inte kan appliceras på alla akutmottagningar. Vi har valt att angripa syfte och problem utifrån organisationen och kommer även ta viss hänsyn till den pågående akutprocessen som just nu implementeras i organisationen. Avsikten med denna process är att effektivisera arbetssättet internt och att skapa mervärde för den vårdsökande.

Vi har beslutat att inte utgå från vårdsökarna och deras synpunkter och ställningstagande gällande begreppen kund respektive patient. Först och främst gjordes det valet på grund av att vi ville se hur synsätt och inställning hos de anställda på akutmottagningen är. För det andra är det en fråga om människans integritet eftersom akutmottagningen av många kan uppfattas som en känslig miljö på grund av att människor söker sig dit när de är i behov av vård och medicinsk expertis. Därför ansåg vi inte det moraliskt riktigt att involvera vårdsökarna och deras perspektiv i vår undersökning. (Codex hemsida) Vi kommer inte anlägga något genusperspektiv i resultatet eftersom vi inte anser det relevant för studiens frågeställningar och kommer därför inte ta hänsyn till respondenternas kön. Respondenternas namn kommer inte heller framgå vilket innebär att de kommer benämnas enbart efter sin yrkestitel. Vi vill också uppmärksamma läsaren på att det teoretiska materialet angående patient och vårdsökare är inriktat på hälso- och sjukvården i stort. I analysen av det empiriska materialet kommer vi sedan applicera teorin på enbart akutsjukvården.

Det är lätt att närma sig politiska aspekter och ekonomiska förutsättningar vid en studie av den offentliga sektorn. Vi har gjort ett medvetet val att inte ta oss an den politiska aspekten eller lasarettets ekonomiska förutsättningar eftersom det skulle innebära en större bredd i undersökningen och hämma möjligheten att uppnå det djup vi eftersträvar inom de områden vi valt att studera. Det enda vi kommer att beröra som har politisk bakgrund är stycken ur Hälso- och sjukvårdslagen samt publikationer och vägledningar från Socialstyrelsen.

1.4 Presentation av Helsingborgs lasarett

I region Skåne finns fyra specialiserade akutsjukhus. Helsingborgs lasarett är ett av dessa och besöks av vårdsökare från hela nordvästra Skåne som är i behov av såväl specialiserad akutsjukvård som planerade operationer. Helsingborgs lasarett är medlem i ett nätverk för hälsofrämjande sjukhus vilket innebär att de kombinerar en god behandling med omsorg om

patienterna, har ökad hälsa som mål och arbetar kontinuerligt med förebyggande och hälsofrämjande insatser. (Helsingborgs lasarets hemsida)

Akutmottagningen på Helsingborgs lasarett tar emot mellan 100 och 150 vårdsökare om dagen inom specialiteterna medicin, infektion, kirurgi, urologi, ortopedi, öron och ögon. Årligen tar akutmottagningen emot ca 40. 000 besök och övervägande av dessa anländer inte med ambulans. Patientavgiften på akutmottagningen är för närvarande 300 kronor. (Helsingborgs lasarets hemsida)

1.4.1 Akutprocessen

Akutprocessen är en pågående process som drivs av medarbetare från akutcentrum. Den syftar till att effektivisera personalens arbetssätt och skapa mervärde för de vårdsökande genom förbättrad kommunikation, kortade väntetider och samarbete i vårdkedjan. (Intervju med projektledaren) Projektet ska medföra att bland annat dubbelarbete minskas, att arbetssteg som inte är värdeskapande för vårdsökaren plockas bort samt att akutmottagningen har rätt bemanning med rätt person på rätt plats. Tanken är att mer fokus ska läggas på de patienter som inte kommer in med ambulans och att personalen ska värna om det goda mötet och ge ett professionellt bemötande och god vård. Visionen är att bli Skånes bästa akutsjukhus. (Internt material över akutprocessen)

1.5 Begreppsdefinition

1.5.1 Vårdsökare

För att undvika att lägga värderingar i begreppet patient har vi neutraliserat och avvärderat begreppet genom att benämna den person som söker sig till en akutmottagning för den vårdsökande eller vårdsökare. Endast i de fall vi återger respondenternas egna ord och resonemang samt i den mån teorin kräver det kommer vi att använda oss av termen patient. Benämningen vårdsökare finns det idag ingen fullständig definition på. Det vi kan finna är att begreppet används i sammanhang med bland annat triage som innebär en första bedömning av en sköterska på en akutmottagning. (Nationalencyklopedin) Vi definierar ordet vårdsökare och vårdsökande som en *person som anser att den behöver vård, hjälp och medicinsk rådgivning*. Denna avgränsning och definition gjorde vi med syfte att undvika att våra egna eventuella personliga värderingar angående begreppen och den individ som söker sig till akutsjukvården, återspeglas i den teoretiska ramen, analysen av det empiriska materialet och undersökningens slutsats.

1.5.2 Vårdgivare

Ett annat återkommande begrepp i denna uppsats är ordet vårdgivare. En vårdgivare kan exempelvis vara av offentlig eller privat regi. (Nationalencyklopedin) När vi använder begreppet vårdgivare menar vi akutmottagningen i stort och inte en enskild anställd såsom läkare eller sjuksköterska. Endast i redovisningen av det empiriska materialet och analysen kommer begreppen läkare och sjuksköterska att användas eftersom begreppen då återspeglar respondenternas egna utsagor.

1.6 Teoretisk referensram

Det teoretiska materialet grundar sig på forskning som behandlar innebörden i begreppen patient och kund och vilka värderingar och normer som ligger i dessa begrepp. Forskare som behandlar dessa begrepp är bland andra Nordgren (2004), Erixon (2000), Kristoffersen, Edgren (1991), Levin och Normann (2001). Litteratur av Wing (1997), Cederqvist (2008), Neuberger (1999) och Tallis (1999) med flera, som behandlar kritik för och emot de båda begreppen kommer att presenteras för att skapa en förståelse för både fördelar och nackdelar med vardera begrepp. Vi kommer lyfta in litteratur från Service Managementdiskursen av Grönroos (2008) och Edgren (1991) för att på ett djupare plan kunna behandla begreppen värde, delaktighet, bemötande, valfrihet och medbestämmande. Dessa begrepp behandlas återkommande inom Service Managementlitteraturen och har även en framträdande roll i litteraturen om både kund- och patientbegreppet. Även Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) samt Socialstyrelsens (2011) föreskrifter betonar dessa begrepp och vi anser därför att de är relevanta och av stor betydelse för att besvara syftet och frågeställningarna i denna uppsats.

1.7 Disposition

Efter den inledande delen följer ett metodavsnitt där vi ingående förklarar hur vi har gått tillväga för att samla in det empiriska materialet. Vi kommer här beskriva vilka intervjumetoder vi använt oss av och ge beskrivning på vad semistrukturerad intervju respektive fokusgruppsintervju innebär. Hur urval till intervjuerna skedde samt hur vi analyserat det empiriska materialet kommer också att beskrivas. Efter metodavsnittet kommer kapitlet som behandlar teorin. I avsnittet kommer teorier att behandlas utifrån underrubrikerna *patientbegreppet* och *kundbegreppet* med ett efterföljande avsnitt där dessa två begrepp vävs samman i en kritik av för- och nackdelar med att använda respektive begrepp i hälso- och sjukvården. *Värde* är ett brett och betydande begrepp för denna undersökning varför vi under

denna rubrik även har valt att behandla teorier om *delaktighet, bemötande, valfrihet och medbestämmande* inom hälso- och sjukvården. Efter teoriavsnittet följer resultatet av vårt insamlade material. Avsnittet är strukturerat enligt samma rubriker som teoriavsnittet för att läsaren lättare ska se sammanhanget och kunna följa den röda tråden. I avsnittet *Analys* kommer teorin och resultatet från det empiriska materialet tillsammans vävas samman för analys. Analysen utgör det material som ligger till grund för våra slutsatser, det vill säga där vi kommer att besvara syfte och frågeställningar. Vi kommer slutligen föra en diskussion om slutsatserna och ge förslag på ytterligare forskning.

2. Metod

I följande avsnitt kommer vi att behandla valet av metod. För att ge läsaren en djupare förståelse i hur vi har gått tillväga kommer vi förklara hur vi kom i kontakt med Helsingborgs lasarett samt hur urval gjordes till de kvalitativa intervjuerna. Två typer av intervjuer, semistrukturerad och fokusgruppsintervju kommer i samband med beskrivning av enskilda intervjuer att behandlas. Hur det empiriska materialet utifrån intervjuerna analyserats utifrån en innehållsanalys redogörs för läsaren. Metodavsnittet avslutas med ett stycke om validitet och reliabilitet samt källkritik.

Vi inledde arbetet med att definiera syftet med studien som är att, utifrån kundbegreppets och patientbegreppets betydelser i hälso- och sjukvården, undersöka om det finns förutsättningar att tillämpa kundbegreppet inom akutsjukvården. Därefter samlade vi in det teoretiska materialet och valde tillvägagångssätt för studien. Vi har under hela arbetets gång haft ett abduktivt förhållningssätt där vi har låtit det teoretiska materialet ligga till grund för studien men varit väldigt öppna för det empiriska materialet. Det innebär att det empiriska och det teoretiska materialet har givits lika stor tyngd i analysen och slutsatserna. (Trost 2010, s. 37).

För att besvara syfte och frågeställningar ansåg vi att kvalitativa intervjuer var den mest relevanta metoden. Vi ville med hjälp av det empiriska materialet skapa ett djup genom respondenternas synvinkel inom syftets område. Vi utformade intervjuguider och gjorde tre kvalitativa semistrukturerade intervjuer samt en kvalitativ fokusgruppsintervju. Anledningen till att vi valde denna typ av intervjuer var att den kvalitativa intervjun öppnar upp för att respondenten svarar utifrån sin egen åsikt och uppfattning vilket vi ser som relevant för studien (Bryman 2009, s. 300).

2.1 Inledande fas

Den första kontakten på Helsingborgs lasarett arbetade på personalavdelningen. Efter mötet där vi närmre presenterade vårt uppsatsämne, fick vi tillgång till internt material om akutmottagningen och den pågående akutprocessen på Helsingborgs lasarett samt namn på processens projektledare. Det material vi fick ta del av vid tillfället läste vi igenom för att få en överblick över akutprocessen innan vi inledde den första intervjun. Materialet har därefter inte använts i studien. Efter kontakt med projektledaren bestämdes en tid för intervju. Innan samtliga intervjuer hade vi inom gruppen haft en diskussion kring vad vi ville åstadkomma och få ut av intervjuerna. Innan den första intervjun diskuterade vi inom gruppen fram en intervjuguide som skulle vara stöd för intervjun. Syftet med intervjun med projektledaren var att få övergripande information om akutprocessen och dess innebörd. (Se bilaga 1)

Fördelen med att i förväg sammanställa en intervjuguide är att vi som opponenter kan styra intervjuens riktning för att erhålla det empiriska material som är relevant för undersökningen. Denna metod kan dock medföra att intervjun blir för strukturerad och ger respondenten mindre utrymme för egna reflektioner. (Ryen 2004, s. 44) Det här var vi medvetna om och försökte därför få igång ett naturligt samtal med utrymme för respondenten att svara fritt på frågorna. Det fanns också utrymme för oss som opponenter att ställa följdfrågor allt eftersom. Efter mötet med processens projektledare fick vi tillgång till internt material om akutprocessen.

2.2 Semistrukturerade intervjuer

De tre intervjuerna som utfördes med en respondent i vardera var semistrukturerade intervjuer. Under en semistrukturerad intervju används en intervjuguide som stöd. Denna typ av intervjumetod är mer öppen och ger både respondenten och oss som opponenter tillfälle att vara mer spontana. Det möjliggör för båda parter att exempelvis ställa följdfrågor eller utveckla sitt resonemang. (Bryman 2009, s. 301) Det här underlättade våra intervjuer på det sätt att respondenten gavs frihet att reflektera och svara på frågorna samtidigt som vi fick utrymme till följdfrågor. Vi upplevde denna intervjumetod som mycket givande för det empiriska materialet eftersom en genuin känsla av respondenternas åsikter och tankar förmedlades.

Intervjun med projektledaren var den första av de tre semistrukturerade intervjuerna. I samband med den intervjun fick vi kontakt med respondenten till den semistrukturerade intervjun nummer två där vi fick intervju akutmottagningens verksamhetschef. Vi ansåg det relevant för det empiriska materialet att intervju verksamhetschefen eftersom det var denne

som tagit det första initiativet till en förändring på akutmottagningen och därmed tog första steget mot akutprocessen. Relevansen i att intervjua verksamhetschefen var naturligtvis även att verksamhetschefen har en betydande roll och insikt i akutmottagningens styrning och arbetssätt. Intervjuguiden till den här intervjun bestod av frågor angående kundbegreppet och patientbegreppet men berörde även varför verksamhetschefen ansåg att det behövdes en förändring på akutavdelningen. (Se bilaga 2)

Respondenten i den tredje semistrukturerade intervjun fick vi också kontakt med genom projektledaren. Syftet med den intervjun var att vi ville ha en ytterligare intervju med en läkare på akutmottagningen, som är involverad i akutprocessen och arbetar i nära kontakt med vårdsökarna. Intervjuguiden följde samma tema som de tidigare och betonade som innan studiens nyckelbegrepp, det vill säga värde, delaktighet, bemötande, valfrihet och medbestämmande samt vad kundbegreppet respektive patientbegreppet har för betydelse för akutsjukvården. (Se bilaga 3) Det som var empiriskt intressant med intervjun med ST-läkaren var att det förekom väldigt bestämda åsikter om vad ett kund- och patient begrepp innebär för akutsjukvården.

2.3 Fokusgruppsintervju

Intervjun med projektledaren gav oss möjlighet att träffa det processteam som är involverade i akutprocessen. Intervjun genomfördes som avslut på ett av deras möten. Innan intervjun arbetade vi fram en intervjuguide med materialet från projektledaren i åtanke. (Se bilaga 4) Syftet med intervjun var att skapa en diskussion angående nyckelbegreppen. Frågorna i intervjuguiden utgick som tidigare nämnt från intervjumaterialet med projektledaren men med en större betoning på begreppen kund och patient. Innan intervjuns start delade vi även ut material till intervjuns nio respondenter vilka var projektledaren, en läkare, en akutläkare, två undersköterskor och fyra sjuksköterskor. Vi beslutade tillsammans med projektledaren att dennes profil skulle vara avvaktande eftersom av att vi redan utfört en intervju med projektledaren. Vi ville ta del av åsikter från övriga gruppdeltagare och vi ville inte att projektledarens åsikter skulle färga de andra respondenternas svar. Materialet de fick ta del av var en A-4-sida med orden *värde*, *mervärde*, *patient*, *kund* och *bemötande*. (Se bilaga 5) Eftersom begreppet mervärde var ett centralt begrepp i akutprocessen ansåg vi det relevant att ta med det i gruppintervjun. Ambitionen med att dela ut lappen innan intervjun och låta den ligga framme under intervjuns gång var att minska risken för att intervjun tog fel fokus. Tanken var även att ge respondenterna tid att fundera på dessa begrepp under intervjuns gång

och också ge möjlighet att återkomma till de olika begreppen. Det visade sig fungera väldigt bra och uppskattades från både vår och respondenternas sida.

Denna typ av intervju benämns som en fokusgruppsintervju. Det som utmärker en fokusgruppsintervju är att den innefattar flera respondenter samt att opponenter ofta använder sig av teman. (Bryman 2009, s. 324) Genom att dela ut lappen med nyckelbegrepp som vi ansåg relevanta för studien angav vi vilket tema och fokus vi ville att intervjun skulle hålla. De nio respondenterna har gemensamt att de alla är involverade i akutprocessen och medverkar i arbetet kring att skapa mervärde för de vårdsökande. Vi ansåg därför att det valda temat var relevant i fokusgruppen och önskade att en diskussion kring nyckelbegreppen skulle få respondenterna att angripa begreppen från olika infallsvinklar. Dagen efter intervjun förmedlade projektledaren positiv kritik från respondenterna som tyckte att de fick en intressant diskussion som gav infallsvinklar och resonemang som var nyttiga att reflektera över även för dem själva.

2.4 Ytterligare intervjuer

Vid arbetets början var tanken att vi skulle intervjua ytterligare en person som arbetade i direktkontakt med de vårdsökande, en AT-läkare. Avsikten med det var att se om det fanns någon tydlig skillnad mellan uppfattningarna om patientbegreppet och kundbegreppet beroende på hur lång tid personen arbetat inom yrket. Efter den sista intervjun ansåg vi dock att det empiriska materialet kändes mättat. Vi valde därför att inte gå vidare med ytterligare en intervju. Vi anser att det insamlade empiriska materialet gett oss ett djup och är tillräckligt för att besvara studiens syfte.

2.5 Bekvämlighets- och snöbollsurval

Samtliga intervjuer genomfördes på Helsingborgs lasarett i olika arbets- och konferensrum. Det var respondenterna som bestämde var intervjun skulle ta plats. Alla intervjuerna tog cirka en timme vilket också var den tid vi avtalat i förväg.

Personalavdelningen, som var vår första kontakt med Helsingborgs lasarett, hjälpte oss genom att förmedla kontakt med projektledaren. Projektledaren valdes ut av personalavdelningen eftersom denne ansåg att projektledaren var bra lämpad som respondent utifrån vårt syfte med studien. Eftersom vi blev tilldelade kontakten med processens projektledare kan denna urvalsmetod liknas vid ett bekvämlighetsval (Bryman 2009, s. 313). Därefter gjorde vi ett snöbollsurval. Det är också en typ av bekvämlighetsurval (Troost 2010, s. 141) och innebär att

vi genom projektledaren fick kontakt med respondenterna i gruppintervjun och verksamhetschefen för akutmottagningen som i sin tur förmedlade kontakt med ST-läkaren. Vi överlät dock inte hela urvalsprocessen till Helsingborgs lasarett utan vi hade önskemål om respondenternas yrkestitlar för att försäkra oss om att vi fick det djup och förståelse som vi strävade efter i det empiriska materialet.

2.6 Framställning av resultat och innehållsanalys

För att sedan redovisa det empiriska materialet använde vi oss av metoden för innehållsanalys. Vi reflekterade efter varje intervju över vad som sagts, hur det gått och vad som varit särskilt intressant eller utmärkande. Därefter transkriberades hela det inspelade materialet till skriftlig form för att sedan kategoriseras i olika teman. Det innebär att vi utifrån samtliga utskrivna transkriberingar arbetade med texten utifrån olika kategorier. (Jacobsen 2008, s. 139-140) Vi delade in materialet i sex olika teman som följde samma mönster som de teorier vi valt att analysera mot: *patient, kund, värde, delaktighet, valfrihet och medbestämmande* samt *bemötande*. Värde som innefattar delaktighet, bemötande, valfrihet och medbestämmande är av stor vikt både i patientbegreppet och i kundbegreppet. Vi ansåg därför att dessa teman spelar en central roll i att besvara studiens frågeställningar. Kategorierna fyllde vi sedan med utsagor och citat om begreppen från det transkriberade materialet. Genom att använda oss av samma kategorier i allt transkriberat material har vi haft möjlighet att jämföra resultaten från de olika intervjuerna med varandra vilket är en del av innehållsanalysen (Jacobsen 2008, s. 139-140). Eftersom respondenterna har gett sin egen definition av ovan nämnda begrepp har vi även kunnat ställa dessa definitioner mot varandra för att forma ett resultat.

Vi har valt att utesluta den del av innehållsanalysen som innebär att räkna antalet gånger någonting upprepas som behandlar samma ämne, exempelvis ett ord som sägs under intervjun. Vi utesluter även den del av innehållsanalysen där förklaringar till varför utsagorna skiljer sig mellan de olika respondenterna undersöks. Vi ansåg att det inte var relevant för vår studie att räkna hur många gånger ett visst ord eller ämne fördes på tal eftersom det inte hade bidragit till att stärka eller försvaga studiens syfte. Att söka svar i varför olika respondenter gav olika utsagor anser vi inte heller relevant eftersom det skulle kunnat innebära att studien förlorade fokus. (Jacobsen 2008, s. 139-140)

I den kommande analysen, där det empiriska materialet sammanvävs med det teoretiska materialet har vi utgått från de ovan nämnda teman men eftersom alla teman inverkar på

varandra har vi inte strukturerat ordningsföljden i analysen efter dessa. Det ska dock poängteras att de valda teman hela tiden genomsyrar och ligger till grund för resonemangen i analysen.

2.7 Tidigare erfarenhet

En av författarna har erfarenhet av akutmottagningen på Helsingborgs lasarett sedan tidigare. Upplevelsen där skapade starka känslor hos författaren på grund av ett dåligt bemötande, brist på professionalism och lång väntetid. Den här upplevelsen är något som skulle kunna påverka uppsatsen på så sätt att den låter färga hennes åsikter och resonemang angående akutsjukvården på Helsingborgs lasarett. Vi anser dock inte att det har påverkat arbetet med uppsatsen på grund av hon inte mötte samma personal i det personliga mötet samt att hon då var där som vårdsökande, i ett annat syfte och med ett annat perspektiv.

2.8 Validitet och reliabilitet

Begreppen validitet och reliabilitet används för att mäta tillförlitligheten i studien. Begreppen används för att undersöka kvaliteten i framför allt kvantitativ forskning men kan även användas i kvalitativ forskning (Trost 2010, s. 131, 133).

Gemensamt för alla intervjuer i studien är att begreppen kund, patient och värde behandlas i samtliga intervjuer. Det innebär att vi fick en bredare bild av respondenternas åsikter och tankegångar och kan använda materialet för att jämföra svaren och tankarna kring begreppen. Då vi, som tidigare nämnt, intervjuat respondenterna med ledning av deras yrke skulle vi även kunna säga att de svarar utifrån sin yrkestitel. En annan aspekt på det hela är att de inte enbart svarar utifrån deras yrkestitel utan även från deras egna värderingar.

Vi anser att kvaliteten på vårt empiriska material är högt. Det menar vi på grund av att vi under intervjuerna har lyckats skapa en tankeverkstad eftersom vi använt oss av intervjuguider som stöd och satt in de valda begreppen i nya kontexter som de intervjuade personerna inte är vana vid. Det här medförde att de reflekterade över sina svar utifrån en annorlunda synvinkel vilket bidrog till att skapa en ärlig reaktion från deras sida.

2.9 Källkritik

Vi har varit källkritiska angående allt teoretiskt material vi använt i studien. Först har vi sett till vem som har skrivit texten och fastställt att författaren är en trovärdig källa innan vi beslutat oss för att använda materialet. Till största delen är vårt material baserat på texter som är skrivna av erkända forskare inom ämnet och vi har i största mån använt oss av

vetenskapliga texter för att få ett väl grundat teoretiskt material. I de fall texterna inte har varit vetenskapliga har vi gjort en bedömning av tillförlitligheten genom att värdera vem som har skrivit texten, vem som har publicerat den, i vilket syfte texten är skriven samt när texten är skriven. Denna granskning har vi även gjort i de fall texterna varit vetenskapliga.

3. Teori

Nedan kommer vi redogöra för de teorier som ligger till grund för studien. Först kommer en beskrivning av begreppen patient och kund. Utifrån dessa begrepp kommer under rubriken Patient vs Kund en sammanvävd kritik för och emot dessa begrepp inom hälso- och sjukvården. Det teoretiska avsnittet fördjupas sedan genom att behandla teorier angående värde inom hälso- och sjukvården. Inom värdebegreppet kommer teori rörande delaktighet, bemötande, valfrihet och medbestämmande att redovisas. Efter det här avsnittet kommer det empiriska resultatet att framföras.

3.1 Patientbegreppet

Patientbegreppet inbegriper värderingar och innebörder som inte alltid är synliga men som likväl påvekar relationen mellan vårdsökare och vårdgivare. Begreppet patient härstammar ursprungligen från latinets *patiens* som betyder uthärdar, tålig, tålmodig, overseende, villig, foglig, härdad, okänslig, apatisk och håglös. (Hagberg & Rybo 2006, s. 1, 6) Nationalencyklopedin, NE, definierar begreppet patient enligt följande:

Person som på grund av sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad.

(Nationalencyklopedin)

Begreppet patient innefattar en person som gällande sitt hälsotillstånd kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. Patienten anses vara en svag person med litet inflytande som är beroende av sin omgivning. På grund av stolthet lider personen utan att klaga och väntar tålmodigt utan att varken fråga eller bli irriterad. Utgångspunkten i patientbegreppet är individens medicinska behov. Flera forskare menar att patienten är passiv, tillåtande, underordnad och överlämnande och eftersom läkaren har ett övertag genom att han eller hon bestämmer och fastställer diagnos, utesluts en jämställd relation. Med sin expertkunskap bestämmer läkaren förutsättningarna för samtalet och avgör om individen är frisk eller sjuk. Resultatet av detta blir att den vårdsökande förlorar en del av sin individuella makt.

(Nordgren 2004, s. 2, 8, 51-54; Hagberg & Rybo 2006, s. 18) Även Kristoffersen (2006) menar att när människan blir mottagare av vård och tilldelas rollen som patient förlorar hon en del av sin individualitet. En individ som vanligtvis är stark blir känslig och sårbar i rollen som patient. Den vårdsökande objektifieras och avpersonifieras ofta genom att kallas för exempelvis en siffra, de görs helt enkelt till ett objekt eller en sjukdom. (Kristoffersen 2006 se Hagberg & Rybo 2006, s. 10) Tanken att rollen som patient ofta förskjuts till objekt delas av Erixon (2000) som menar att patienten ofta enbart är en patientbricka, ett personnummer eller en remiss (Erixon 2000, s. 7-14).

Vårdsystemet idag är utformat efter att ta emot vårdsökarna som patienter och inte som kunder. Även vårdsökarna själva ser sig ofta som patienter. (Levin & Normann 2001, s. 55)

3.2 Kundbegreppet

Begreppet kundfokus är otydligt och det saknas en gemensam och klar definition av begreppet. Övergripande handlar det dock om att försöka förstå kundens perspektiv, att vara lyhörd för kundens önskemål och att tillmötesgå kundens behov. Ivarsson (2005) menar att det helt enkelt innebär att *ge kunden det kunden vill ha*. (Ivarsson 2005, s. 29)

En person som gör ett inköp eller utnyttjar en tjänst benämns vara en kund. Kunden ställer krav, är deltagande och därmed en värdeskapare. I den värdeskapande processen uppstår värdet i ett samspel mellan kunden och flera aktörer och genom bra och god dialog gynnas kundens värdeskapande. (Nordgren 2004, s. 113-115) Då kunden är aktiv i processen, har han eller hon även ett ökat ansvar och ökad egenkontroll (Nordgren 2004, s. 127). Normann (2000) menar att kunden vanligtvis deltar i mer än ett avseende men i hälso- och sjukvården begränsas kunddeltagandet eftersom patienten endast deltar i diagnostiseringen av problemet eller leveransen av nödvändig information för att läkaren ska kunna ställa diagnos (Normann 2000, s. 109, 111). Om du är kund menar Edgren (1991) att det uppstår en jämlik relation mellan läkare och kund. Är det däremot inte kliniskt motiverat bör en läkare inte tillgodose det kunden önskar. Det kan till och med vara kliniskt berättigat att neka kunden i vissa situationer. (Edgren 1991, s. 15-16) I motsats till patient innebär kund att tyngden inte enbart läggs på själva vårdtillfället, utan hela relationen över tiden. Kundbegreppet är ett bredare perspektiv på människan, ett mer humanistiskt sådant. Det är ett perspektiv med tydligare fokus på människans hälsoskapande och inte endast på sjukvårdande aktiviteter. Som kund ställer du krav och har dessutom rätt att göra det. (Levin & Normann 2001, s. 56, 59)

Kundanpassning betyder att synsättet ändras från att se på verksamheten ur producenternas synvinkel till att istället se den genom kundens ögon. Kundfokus innebär att fokus läggs på att komma nära kunden och dennes behov för att på bästa sätt kunna hantera dennes intressen. I ett kundorienterat synsätt bygger relationerna mellan producent och kund på närhet och att varje kund är unik. Lösningar utarbetas därefter utifrån varje enskild individs behov och önskemål. För att det ska vara möjligt kan verksamheten inte betrakta kunden som ett objekt utan denna måste aktivt medverka i tjänsteproduktionen och därigenom själv bidra till att höja värdet. (Ivarsson 2005, s. 16-23)

3.3 Patient vs. Kund

Det har riktats kritik mot att införa kundbegreppet inom offentlig verksamhet av den orsaken att nytta och behovet kan ifrågasättas. Det saknas nämligen ofta konkurrens och valmöjligheter i den offentliga sektorn och relationen mellan producent och konsument inte är den samma som på den privata marknaden. Anledningen är att vårdsökaren många gånger känner sig orolig, rädd och i underläge på grund av sin sjukdom. Att vara en medborgare och mottagare av utbudet från offentliga verksamheter innebär ett flertal förpliktelser och skyldigheter för individen medan kundbegreppet tvärtom framhåller individens rättigheter. (Ivarsson 2005, s. 18, 125) Wing (1997) menar att ett skifte mot kundbegreppet kan innebära att vårdsökarens sjukdom och rättigheter förnekas samt att tystnadsplikten riskerar att försummas. Även faktorer såsom medlidande kan tonas ner med ett kundbegrepp. (Wing 1997, s. 289)

Att introducera kundfokus inom hälso- och sjukvården medför att samhällets resurser, i större omfattning, riktas till vårdsökarna vilket kan innebära att en positiv konkurrens gällande kvaliteten skapas (Nordgren & Åhgren 2010, s. 14). Att kunden ställer krav är gynnsamt för en organisations innovationsförmåga, vilket innebär att kunden blir en drivfaktor för den som arbetar med vårdsystemets utveckling. För den personal som inte tycker om innovation blir det fränstötande men de som upplever innovation och förändring som något bra anser det vara positivt att kunden ställer krav och framför sina önskemål. (Levin & Normann 2001, s. 56)

Tallis (1999) tycker att patientbegreppet fortfarande är gångbart eftersom de allra flesta inte längre lägger den ursprungliga innebörden som passivitet och underdånighet i begreppet. Eftersom en vårdtagare ofta känner sig orolig, rädd och sårbar är det av största vikt att relationen till vården präglas av tillit, medlidande och empati. Genom att behålla begreppet patient som inbegriper en sårbarhet och utsatthet som bara kan upplevas av dem som är sjuka,

bevaras denna relation mellan vårdgivare och vårdsökare. Han menar att kundbegreppet suddar ut tilliten och medmänskligheten i relationen och i stället får den att handla om köp, snabba möten och hög genomströmning vilket inte stämmer överens med att en sjuk person ska få tid på sig att bli frisk eller att vänja sig vid sitt tillstånd. Att använda andra begrepp såsom kund eller konsument kan således utgöra en fara mot denna speciella relation eftersom värden såsom medmänsklighet och empati generellt ses som hot mot produktiviteten eftersom det tar tid i anspråk. Så trots sin negativa klang månar patientbegreppet, på ett framgångsrikt sätt, om det speciella förhållandet mellan vårdsökare och vårdgivare. (Neuberger & Tallis 1999)

Deber (2006) menar också att patientbegreppet bör finnas kvar eftersom relationen mellan vårdsökare och vårdgivare är unik och inte ska ses som en relation mellan köpare och säljare. En vårdsökare utgår nämligen ifrån att de aktuella behoven blir tillfredsställda och ska inte behöva riskera att bli övertalad till otillräcklig eller onödig vård. (Deber 2006 se Hagberg & Rybo 2006, s. 14) En kund är en värdeskapare genom att personen deltar i vården av sig själv, söker alternativ, gör egna val och skaffar information. Det kan därför bli problematiskt för en sjuk och svag person att vara kund. (Nordgren 2008, s. 345)

Neuberger (1999) menar däremot att patientbegreppet är förlegat och har gjort sitt inom dagens sjukvård. Några av anledningarna är att dagens sjukvård inte endast avser att bota och vårda sjuka utan även innefattar rådgivning rörande exempelvis kosmetisk kirurgi eller fertilitet. Hon menar också att relationen mellan vårdgivare och vårdsökare har förändrats och inte längre stämmer överens med den gamla synen där vårdsökaren var lidande och tacksam. Relationen bygger numera på jämlikhet där vårdsökaren är aktiv, välinformerad och tar emot värdefulla råd från vårdgivaren vilket även innebär att individen själv kan göra mycket för att åtgärda sin situation. (Neuberger & Tallis 1999)

För att beskriva de händelser som behöver framhävas för att sjukvården ska utvecklas, anser Levin och Normann (2001) att det inte finns något bättre lämpat begrepp än kund (Nordgren 2004, s. 126). Begreppet patient är inte tillräckligt med det perspektiv på värde och värdeskapande som idag påträffas. Inte heller med den kunskap vi har om effektivitet och utvecklingsförmåga i företag som arbetar med värdeskapande. (Levin & Normann 2001, s. 55) Individer har en personlig relation till vården även om de är friska, men i det ögonblick de blir sjuka och får vård blir självständiga individer patienter. Den personliga relationen innebär

bland annat att det finns ett intresse av att vården är tillgänglig, att kötiderna är korta och att den vårdsökande får träffa rätt person vid ett eventuellt besök. Det betyder att individer alltid är kunder och endast vid vård är de patienter. (Levin & Normann 2001, s. 58) Enligt Gummesson finns det en viss misstänksamhet bland sjukvårdspersonalen gällande kundbegreppet. För att en förändring ska ske, är individens efterfrågan i mötet med personalen avgörande. (Nordgren 2004, s. 2) Levin och Normann menar att patientbegreppet är bra men att det inte räcker. Begreppet innefattar ofta ett diagnosberoende och ett snävare perspektiv på människan. Patienten har oftast inte heller någon möjlighet att ställa krav på vårdssystemet och är därmed relativt maktlös i vårdprocessen. (Levin & Normann 2001, s. 56)

Moberg (2008) menar att det vore en fördel att betrakta den vårdsökande som en kund i stället för en patient. Anledningen till det är att han anser att kunden alltid har rätt. Kundorientering inom hälso- och sjukvården betonar vårdsökarens rättigheter och dess stärkta ställning. Patientbegreppet däremot utgår i stället från vårdgivarens behov, att personalen alltid har rätt och att vårdsökaren ska foga sig därefter. (Moberg 2008, s. 71)

Vårdsökarens roll har förändrats så tillvida att ansvar och befogenheter har decentraliserats till den enskilda individen vilket innebär att den vårdsökande själv måste skaffa tillräcklig information för att ha möjlighet att göra bra val (Nordgren 2006, s. 38). Norén (2003) menar att det är positivt att decentralisera beslut till den vårdsökande eftersom det endast är denne själv som kan bedöma sina egna preferenser (Norén 2003, s. 29). Ett argument mot kundbegreppet är att den vårdsökande befinner sig i en asymmetrisk position gentemot vårdgivaren och därför inte kan göra val som grundas på kunskap och tillräcklig information (Nordgren 2006, s. 53; Wing 1997, s. 289). Vissa vårdsökare har nämligen svårt att ta på sig rollen som aktiv kund och det är därför viktigt att vårdgivaren ger dem tillräcklig information och stöd i valsituationen vilket i realiteten har visat sig vara bristfälligt och av låg kvalitet (Nordgren & Åhgren, 2010, s. 13). Det är viktigt att en vårdsökande är stark eller har engagerade närstående som förhandlar och driver på för att den vårdsökande ska få den behandling den är i behov av. Hälso- och sjukvården är nämligen ojämlik och till fördel för dem som är starka. (Cederqvist 2008, s. 89)

En förändring behöver inte innebära att det ena begreppet ersätter det andra. Nordgren (2008) resonerar exempelvis kring ifall det är möjligt att förena patient- och kundbegreppen inom hälso- och sjukvården på liknande sätt som görs inom folktandvården och inom optisk verksamhet. Där betraktas personen som en kund till dess att hon sätter sig i

undersökningsstolen. Väl i undersökningsstolen blir hon i stället betraktad som en patient och så fort behandlingen är klar blir hon åter igen en kund. (Nordgren 2008, s. 106)

3.4 Värde i hälso- och sjukvården

Aktiviteterna och dialogen vårdsökare och vårdgivare emellan benämns som värdeprocessen. För den vårdsökande är det kritiska värdet att seriöst bli tagen på allvar och lyssnad på. Mötet beskrivs som kommunikativt värdeskapande. Personlig information ska ges till varje vårdsökande som utifrån denna har möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ. Det finns även en möjlighet att begära ytterligare en medicinsk utvärdering. (Nordgren 2008, s. 120-121) Från den vårdsökandes synsätt bidrar information och kunskap till ett ökat värde. Effektivare, snabbare och ökad samordning av olika resurser möjliggör för värdeskapandet. Även att inom hälso- och sjukvården uppmuntra den vårdsökande till en aktiv roll i arbetet med att påverka sin egen hälsa eller sjukdom är värdehöjande. Den avgörande faktorn gällande kvaliteten på relationen är nämligen att den vårdsökande medverkar i beslutsprocessen. En ökad individanpassning av ett erbjudande kan i vissa situationer även bidra till ökat värde. Genom delaktighet kan denna individanpassning uppkomma. I det här sammanhanget är värde ett mått på den vårdsökandes upplevda tillfredsställelse av efterfrågad hälsa. Hänsyn till sin egen resursupppoffrig i samband med ett vård- och/eller behandlingstillfälle påverkar också det upplevda värdet. (Edgren 1991, s. 65-67) Värdeskapande uppstår i mötet, det varierar och är därmed inget standardiserat. För att värde ska skapas, att komplettera och matcha aktivitetsprocessen måste vårdgivaren fokusera på interaktionen med den vårdsökande. (Nordgren 2008, s. 344-345; Grönroos 2008, s. 156-157)

Mervärde är det lilla extra som tillför något till det redan upplevda värdet. Det skapas ett mervärde när något nytt skapas för kunderna, men kan även vara att förbättra de befintliga tjänsterna. (Grönroos 2008, s. 159)

3.4.1 Delaktighet

För att kundfokusering ska kunna tillämpas inom hälso- och sjukvården är delaktighet en central faktor (Jones 2004 se Ivarsson 2005, s. 125).

Vårdsökarna har från vårdgivarnas synsätt frångått att bli sedda som passiva mottagare och börjat ses som resurser i den värdeskapande processen. Som ett resultat i vården bidrar det till en hälsoskapande förmåga i ökat deltagande för den vårdsökande. En ökad individmedverkan leder i sin tur till ökad respekt och ett behov av djupare kunskap. En fördjupning av vårdmötet kan utvecklas genom en fördjupad personlig interaktion. Den vårdsökande vill själv ses som

och vara en aktiv deltagare och att inte ta till vara på de resurser som den erbjuder anses oförnuftigt. (Levin & Normann 2001, s. 63-64; Nordgren 2008, s. 510, 517) Vårdsökarna är således inte längre bara en mottagare utan ska betraktas som den faktor som utgör organisationens kärna. Den vårdsökande har inte längre en passiv roll utan är i stället en medproducent som aktivt deltar i sitt eget värdeskapande. (Normann 2001, s. 34-53)

Gällande kundfokus inom vården handlar det även här om människovärde och ömsesidig respekt vilket uppnås genom att involvera vårdsökaren i beslutsfattandet. Ivarsson (2005) menar att den offentliga sektorn, genom att visa ett ökat intresse för kundes behov och önsknings, uppnår en bättre effektivitet eftersom en kund som uppfattar omtanke och att den sätts i centrum blir mer benägen att uppfylla de önskemål och krav den offentliga verksamheten ställer. (Ivarsson 2005, s. 19-21)

3.4.2 Valfrihet och Medbestämmande

Möjligheten att göra val är en viktig aspekt av kundbegreppet (Nordgren & Åhgren 2010, s. 14) och människor i dag tenderar att se valmöjlighet som en del av det individuella handlandet och att kunna göra val får därför en allt större betydelse (Nordgren 2006, s. 44) eftersom självbestämmande är något dagens vårdsökare eftersträvar (Edgren 1991, s. 15-16; Fotaki 2006).

Socialstyrelsen belyser följande gällande patientens medbestämmande i vården:

En god vård [...]Den ska genomföras i samråd och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. Rätten till information och inflytande är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården. Det finns däremot ingen formell skyldighet för patienten att utöva sitt självbestämmande. Patienten kan överlämna till hälso- och sjukvårdspersonalen att till exempel ta ställning till valet av behandlingsalternativ i en viss situation. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste hjälpa patienten att värdera de olika alternativen, ge vägledning och försäkra sig om att patienten vet tillräckligt mycket för att kunna utöva sitt självbestämmande. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att ge individuellt anpassad information och med sin medicinska kompetens stödja patienten i valet av behandlingsmetod.

(Socialstyrelsen² 2011, s. 3, 12, 40)

Hälso- och sjukvårdslagen spelar en väsentlig roll i att stärka den vårdsökandes position. I Hälso- och sjukvårdslagen belyses en förändring av synen på den vårdsökandes position från att ha handlat i informerat samtycke till att numera fatta beslut baserade på vårdgivarens information. Förändringen innebär att vårdgivarens roll och skyldigheter omdefinieras till att

agera som stödjande i vårdprocessen och den vårdsökandes beslutsprocess genom att ge individuellt anpassad och tillräcklig information om metoder och behandling. (Nordgren 2006, s. 50)

Det är viktigt att se till att vårdsökare har lika möjlighet att utnyttja valfriheten inom hälso- och sjukvården. Det uppkommer ofta problem eftersom informationen många gånger är dåligt utbyggd och därför bara främjar de som har tillräckliga resurser att själv ta reda på all den information som är nödvändig för att kunna utnyttja valfriheten på ett bra sätt. (Norén 2003, s. 14-19)

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2b§ ska:

patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

(Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763)

3.4.3 Bemötande

Det är både lätt hänt och vanligt förekommande att en vårdsökare känner sig i vägen. I stället borde de vårdsökande tas emot på ett sätt så att de känner sig välkomna i sin kontakt med sjukvården. (von Koch 2008, s. 45) Erixon (2000) säger att det inte finns någon annanstans i samhället där individen tolererar att bli behandlad på samma sätt som på sjukhus eller andra vårdinrättningar. Exempelvis många timmars smärtsam väntan på akutmottagningen är villkor som en vårdsökare inte skulle acceptera i någon annan verksamhet. Det här demonstrerar tydligt vårdsökarens underordnade plats i hälso- och sjukvården. (Erixon 2000, s. 7-14) Resultat från Edgrens tidigare undersökningar visar dock att en relativt stor andel av de vårdsökande är missnöjda med den passiva och underordnade roll som ofta tilldelas i vården. Det finns värderingar om att särbehandling bör undvikas, även om de vårdsökande har olika krav. Utifrån deras perspektiv är det mest utmärkande problemet i svensk hälso- och sjukvård bristen på individanpassning. Här ingår vårdens svårigheter att tillfredsställa de vårdsökandes olikheter i sätt och vilja bli behandlade. Som helhet kan det antas att den svenska hälso- och sjukvården inte lyckats individanpassa vårdutbudet i tillräcklig utsträckning. (Edgren 1991, s. 4-6)

Vårdmötet, det vill säga mötet mellan vårdsökaren och vårdgivaren, är hälso- och sjukvårdens kärna och i mötet är det alltid vårdsökaren och dess behov som ska vara utgångspunkten.

Eftersom vårdsökaren själv är den som har störst kännedom om sina egna behov och önskemål är det naturligt att det är vårdsökaren som är huvudaktören. Vårdgivaren har som uppgift att ge vårdsökaren råd och stöd och oavsett omständigheterna ska vårdmötet alltid ses som ett samspel dem emellan. Vårdkvaliteten avgörs till stor del av bemötandet och ett gott bemötande borde därför alltid vara en självklarhet inom hälso- och sjukvården. (Eklund 2008, s. 109-111)

Även Socialstyrelsen poängterar vikten av ett gott bemötande i vården:

Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är i dessa möten som vårdens centrala uppdrag utförs. Det är i samspelet mellan patient och vårdpersonal som vårdbehov identifieras och beslut om diagnostik, behandling och rehabilitering fattas.

(Socialstyrelsen² 2011, s. 19)

Ett värdeskapande möte i hälso- och sjukvården uppkommer genom en kombination av individens behov, kunskap och värderingar och vårdens resurser och kompetenser. En interaktion i mötet mellan alla intressenter och vården leder till lösningar. Lösningarna utvecklas sedan i ett samspel mellan individ och personal. För att lyckas frambringa ett värdeskapande möte, måste det finnas ett vårdssystem i samverkan och individens hälsa ska alltid vara utgångspunkten. Rätt kompetens till rätt individ och unika lösningar är exempel på krav som ställs för att vårdsystemet ska bidra till värdeskapande möten. Inga standardmodeller förekommer utan det centrala blir en helhetssyn på individens specifika situation, en individualisering. (Levin & Normann 2001, s. 65) Istället för att vara passiva mottagare av systemets hälso- och sjukvårdstjänster, ska vårdsystemet eftersträva att utveckla kunderna till aktiva deltagare. Strävan efter att underlätta för de resurssvaga bör därmed prioriteras. (Levin & Normann 2001, s. 94)

En möjlighet att utjämna olikheter är att bygga på den respekt som uppstår i interaktionen mellan parterna. Vårdsökaren måste respektera vårdgivarens kompetens och integritet och har därför inte alltid rätt enligt respektlogiken. Respekt har ett värde och innebär att sträva efter tydlighet, uppriktighet och ärlighet. Det anses därför inte respektfullt att bedra, ljuga, nonchalera eller orsaka lidande för den andre parten. Att använda sig av språk, tonläge och blickar som anger värdighet blir viktigt i bemötandet. Vid ett respektfullt bemötande ges den vårdsökande möjlighet att påverka mötets förutsättningar. Vårdsökaren ska inte behöva vara

någon annan än den är, alla förtjänar och har nämligen rätt till respekt och även närhet och privatliv ska respekteras. (Corvellec 2005, s. 135-137)

4. Redovisning av det empiriska materialet

Vi kommer nedan redovisa resultatet av de semistrukturerade intervjuerna och fokusgruppsintervjun. Resultatet har vi tagit fram genom en innehållsanalys. Avsnittet är upplagt utifrån kategorierna inom innehållsanalysen och teoriavsnittet. Vi kommer därför att presentera resultatet under utifrån rubrikerna; Patientbegreppet, Kundbegreppet, Patient vs Kund, Värde i hälso- och sjukvården med dess underrubriker Delaktighet, Valfrihet och Medbestämmande samt Bemötande.

4.1 Patientbegreppet

Verksamhetschefen definierar en patient utifrån vårdtagarens perspektiv. Verksamhetschefen menar även att personen inom begreppet i fråga ofta är i en oerhört utsatt position.

En patient definierar jag en person som ur SITT perspektiv observera sitt perspektiv, är i behov av att möta sjukvården och det handlar om själen såväl som kroppen. Det ser jag som en patient.

(Verksamhetschef)

Även ST-läkaren menar att patientbegreppet inbegriper en holistisk syn på människan och att patienten är en person som är i behov av vård och hjälp. Patienten har ett behov att bli omhändertagen. Vården har ett helhetsperspektiv på människan och det inkluderar även de anhöriga. Patienten är verksamheten och utan dem skulle hälso- och sjukvården inte finnas till.

En patient är ju mitt arbete och jag ska utföra det.

(Undersköterska 2)

Läkaren uppger att en patient ofta är både psykiskt och fysiskt utsatt och hamnar i ett visst underläge i förhållande till vårdgivaren. Även sjuksköterska 1 delar uppfattningen om att patienten är en person som behöver vård och som är utsatt och i underläge gentemot vårdgivaren.

Ja alltså rakt av kan jag säga att en patient är en människa som är sjuk och i behov av vård.

(Projektledare)

Det behöver inte vara en person som behöver vård det kan vara en person som tror att den behöver vård.

(Akutläkare)

4.2 Kundbegreppet

Verksamhetschefen betonar valmöjligheten som en del av kundbegreppet. En kund är en person som begär en tjänst och som har stora valmöjligheter på vägen dit. Värderingarna hos en kund är annorlunda än värderingarna hos en patient.

Även projektledaren för akutprocessen framhåller valmöjligheten som en del av att vara kund. Att vara en kund kan exempelvis vara en person som går och handlar på IKEA.

En kund är, det är någon som egentligen valt att gå någon annanstans.

(Projektledare)

ST-läkaren anser att en kund är en person som köper en tjänst. Det finns en affärsmässig aspekt i kundbegreppet som även innefattar löften och olika former av avtal. Ett exempel på en kund inom hälso- och sjukvården är Staten.

[...] en person som köper en tjänst. Och får den levererad. Och det kan ibland omfatta att man skriver avtal och att den som levererar en tjänst förväntas upprätthålla det. Lovar vissa saker. [...] det är ju staten som köper en tjänst av oss att upprätthålla gentemot medborgarna... [...]

(ST-läkare)

Att det finns en ekonomisk aspekt i begreppet kund delas också av läkaren som anser att kunden kan ställa önskemål och få det kunden vill ha mot betalning. Att vara en kund handlar om pengar enligt sjuksköterska 2.

Sjuksköterska 2 tycker att det är en stor skillnad mellan en kund och en patient eftersom kunden har ett behov av att tillföra något till sig själv medans en patient inte själv har kunskapen att bedöma sitt eget behov. Sjuksköterska 2 anser även att de inte kan utannonsera sina tjänster produkter som görs gentemot en kund.

Vi har ju svårt att utannonsera våra tjänster och produkter, på Siba kan vi ju säga att nu har vi de här radioapparaterna och de här specialerbjudna... Vi kan inte gå ut med våra tjänster så.

(Sjuksköterska 2)

4.3 Patient vs. Kund

Verksamhetschefen anser att utåt sett ska vårdgivarna alltid ha ett patientperspektiv eftersom det handlar om etik, värderingar, etnicitet och om hela människan och dess värdegrunder.

För mig är en patient en patient och kommer alltid till att vara och jag tror att för alla som utbildar sig i vården så är en patient en patient.

(Verksamhetschef)

Verksamhetschefen vill behålla ordet patient eftersom det är så många faktorer som väger in. En faktor kan exempelvis vara att personen blir medvetslös och faller ihop på gatan vilket innebär att personen inte kan välja sjukhus.

För att vara kund i akutsjukvården skulle det i princip behöva ligga två likvärdiga akutmottagningar dörr i dörr som patienten har möjlighet att välja mellan. Det finns i dag inga alternativa akutmottagningar och patienten är styrd till ett ställe och saknar därmed valmöjlighet. Verksamhetschefen menar därmed att kundbegreppet faller därför direkt.

Verksamhetschefen vill dock inte utesluta kundbegreppet helt och hållet inom akutsjukvården eftersom det finns ett stort antal intressenter såsom polis, räddningstjänst och amulanssjukvården som betraktas som kunder.

[...] jag kan säga som patient i Sverige idag, så har du inte tillräckligt många alternativ för att egentligen kunna, om vi skulle prata kundperspektivet, att du skulle kunna vara en regelrätt kund. För vad är du när du är en kund, jo då är du en person som gör en valmöjlighet och när de gäller framförallt akutsjukvård så finns där egentligen i Skåne, finns inte ett enda sjukhus som har privat akutmottagning [...]

(Verksamhetschef)

I början blev projektledaren upprörd när det talades om kundbegreppet inom hälso- och sjukvården.

Jag såg det liksom som att istället som uppvärderande så såg jag det istället lite nervärderande kommer jag ihåg. [...] alltså mot patienten. [...] här är det sjuka människor [...]

(Projektledare)

Projektledaren tror dock att hälso- och sjukvården idag bör ha ett förhållningsätt som till kunder. Ett kundperspektiv hade också lett till att bemötandet, som det i dagsläget kommer in mest klagomål på, hade förbättrats. Projektledaren menar att de nog alltid ser vårdsökarna

som patienter men att de bör behandla dem som kunder. I viss mån har patienterna ett val inom vården eftersom de kan välja att gå till vårdcentralen. Vårdgivarna har trots det ändå ett slags monopol eftersom patienterna är i ett annat beroendeförhållande än vad kunden är, till akutmottagningen.

ST-läkaren tycker att det månas mer om en patient än om en kund och att det affärsmässiga begreppet kund inte passar in i hälso- och sjukvården. Läkaren måste tänka i ett större perspektiv än att bara göra patienten nöjd.

[...] som doktor har jag ett större ansvar än att bara göra kunden till lags. Ibland är det till och med min uppgift att säga nej och inte vara kunden till lags, det vill säga patienten.

(ST-läkare)

Kundbegreppet är inte tillämpligt eftersom patientbegreppet innefattar så mycket mer. Det handlar dessutom också om resurser, att erbjuda bästa möjliga sjukvård till mesta möjliga antal patienter. Det går inte att lägga alla resurser på en patient eftersom det i så fall skulle vara på bekostnad av alla andra. Akutläkaren lyfter också fram den ekonomiska aspekten att lasarettet inte tjänar några pengar på sina patienter som därför egentligen är en belastning för samhället.

Läkaren och akutläkaren är osäkra på om ett begreppsskifte skulle göra någon skillnad för individerna eftersom det inte behöver innebära att arbetssättet förändras. Det ligger inget mervärde i att bli kallad för något annat. Akutläkaren tror inte heller att kvaliteten på vården skulle förändras med ett kundbegrepp utan vårdgivaren skulle fortfarande betrakta patienterna som patienter och helt bortse från själva begreppet. Det är inte ordet i sig som har betydelse, det är människosynen.

Däremot anser undersköterska 1 och sjuksköterska 2 att patientbegreppet klingar negativt och nedvärderande och sjuksköterska 1 och sjuksköterska 2 menar att ett begreppsskifte inte är omöjligt men att det i så fall kommer ta tid att förändra då patientbegreppet är väldigt djupt rotat och det handlar då om att förändra kulturen.

Jag tror patient kommer att hänga med ett bra tag till för vi arbetar med bara att ändra vårt eget arbetssätt och det är en jätteprocess för det är så mycket kultur. [...] det är så djupt rotat så ska vi sen gå in och kalla våra patienter något annat jag tror det kommer inte på tio-tjugo år.

(Sjuksköterska 2)

Undersköterska 1, sjuksköterska 2 och sjuksköterska 4 resonerar kring att patient egentligen är fel ord att använda eftersom det är gammalt och nedvärderande. Ett begrepp som hamnar någonstans mitt emellan patient och kund vore mer passande.

Pengar och ekonomiska förutsättningar får inte lov att styra efterfrågan på behandlingar. Ingen kommer till sjukvården för att köpa en behandling och patienten ska inte få bättre vård för att hon betalar mer. Patienten måste lita på att sjukvården vet vilken behandling som är lämplig. Akutläkaren håller med sjuksköterska 2 om att patienten ska lyssna på vad läkaren säger och låta läkaren bestämma men när akutläkaren själv söker vård vill akutläkaren däremot bli behandlad som en kund. Akutläkaren tycker att patienten måste få lov att ställa krav.

Det finns en grov mycket stor skillnad där alltså, grov skillnad mellan kund och patient. Alltså du tjänar pengar när du har en kund, men sjukhuset får inte betalt för alla kunder man får.

(Akutläkare)

Verksamhetschefen tror att konkurrens hade förändrat arbetet inom akutsjukvården. Konkurrens på lika villkor hade inneburit en stor omstrukturering inom vården som hade påverkat alla medarbetare. Verksamhetschefen tror att konkurrensen hade varit övervägande positiv och kvaliteten på arbetet hade förbättrats och ST-läkaren anser att konkurrens skulle vara avlastande för akutsjukvården. Akutläkaren menar att konkurrens på lika villkor är bra men att det är svårt att skapa lika villkor inom vården.

4.4 Värde i hälso- och sjukvården

ST-läkaren menar att värde handlar om vanlig mänsklig kontakt, ge god omvårdnad och medmänskligt bemötande med värme i sitt omhändertagande. ST-läkaren påpekar även att de bör vara snabba och effektiva, korta ned väntetider, ha hög kvalitet och inte utsätta patienterna för onödiga undersökningar.

[...] värdena är naturligtvis att vi... det handlar ju om en vanlig mänsklig kontakt. Att vi ger en god omvårdnad som ju... våra sköterskor och undersköterskor, som är de första som träffar patienten, ska kunna ge.

(ST-läkare)

Allt som gör patienten nöjd är värde anser akutläkaren. Att även personalen bryr sig och har förståelse och gör att patienten får en bättre behandling är enligt honom värde. Undersköterska 2 poängterar att värde måste finnas inom sjukvården annars skulle de lika gärna kunna stänga verksamheten. De ska enligt undersköterska 2 ge patienten något att

komma till akutmottagningen. Information och att utgå från patientens behov, det vill säga att inte blanda in sina egna erfarenheter skapar därmed värde.

Under samtliga intervjuer diskuteras även innebörden av mervärde för patienten, som de vill skapa genom Akutprocessen.

[...] i min vision runt vad som patienten ska ha som ett mervärde, mervärde, så är det att patienten ska komma till akutmottagningen, den ska möta rätt kompetens direkt, den ska få ett vänligt och trevligt och professionellt bemötande, den ska uppleva att saker och ting händer men det ska hända så smidigt så att egentligen upplever den att det här är ett naturligt sätt att arbeta på och att kapa dem tiderna som inte är ett mervärde nämligen den dötid som finns i väntan, OCH att bibehålla den patientsäkerhet som behövs.

(Verksamhetschef)

Verksamhetschefen nämner också att ett mervärde är att patienten som söker vård ska komma till rätt vårdnivå. Processens projektledare menar att mervärde innebär att öka den värdeskapande tiden. För en patient är det väldigt mycket tid som sker i väntan på något, vilket dem vill minska. De vill ha en smidig process och öka den tiden som ger något till patienten. Tiden ska bli bättre för patienterna vilket projektledaren menar nästan leder in på något slags kundbegrepp.

Någon har tagit sig tiden och lagt en isbit i ett glas för hennes skull. Det kan jag tycka är mervärde.

(Undersköterska 1)

Undersköterska 1 menar att mervärde är det lilla extra. Även hon poängterar väntetiderna genom att mervärde är att det bara ska ta 30 minuter från dess att patienten kommit in på avdelning tills det beslutas om den ska läggas in eller inte. Det här är ett effektivitetsmål med akutprocessen.

Både ST-läkaren och sjuksköterska 2 menar att en förbättrad information ger mervärde. Sjuksköterska 2 menar att mervärdet i denna aspekt är när patienten går därifrån nöjd och upplyst om sin åkomma.

Mervärde tycker jag är när patienten är nöjd oavsett om den fått det stora pådraget eller det lilla pådraget. Men att patienten, går du härifrån upplyst om sin åkomma och går nöjd härifrån, det är mervärde. Det är mervärde för bägge parter, jag har gjort ett gott jobb, patienten är nöjd.

(Sjuksköterska 2)

Mervärde behöver inte endast vara på individnivå enligt läkaren under gruppintervjun. Läkaren anser att mervärde också innebär att det blir bättre för många, exempelvis då en minskad kötid blir ett mervärde. ST-läkaren anser att ett mervärde för patienten innefattar ett bättre omhändertagande och en miljö som skapar en trygghet. Även att kapa onödiga åtgärder som inte är värdeskapande är betydelsefulla. Enligt sjuksköterska 2 kan ett mervärde vara ett mervärde även om patienten inte själv är medveten om det.

4.4.1 Delaktighet

Angående patientens delaktighet belyser undersköterska 1 vikten av att informera och vägleda på rätt sätt. Sjuksköterska 1 delar denna åsikt och menar att det måste göras på ett respektfullt vis vilket kan kopplas till bemötandet. Projektledaren tror dessvärre inte att informationen till patienten om möjligheten att vara delaktig görs i den utsträckning som det borde. Att processen kan frigöra tid och möjlighet till att förbättra det här finns, men att det måste tas in mer medvetet för att aktiveras.

Om delaktighet accepteras av patienten eller inte menar sjuksköterska 2 har med kultur att göra. Patienten kan gynnas känslomässigt av att delta, vilket även sjuksköterska 1 håller med om. Att söka vård på en vårdcentral innebär att kunna ställa andra krav enligt undersköterska 2, men att det inte kan göras i samma utsträckning på en akutmottagning. Här behandlas det akuta, patienten kan inte ha önskemål om andra undersökningar samtidigt. Undersköterska 2 menar att patienten inte har hamnat på rätt plats för att få en helrenovering utförd om du som patient kommer in på en akutsjukvårdsavdelning. Undersköterska 1 menar dock att patienten även på akutmottagning kan ha krav.

Absolut kan man komma och ha krav [...] tyvärr kan vi inte göra det här nu men vänd dig dit eller dit. Inte bara säga att vi inte kan utan man måste faktiskt visa vart dem ska, man får vägleda.

(Undersköterska 1)

Sjuksköterska 2 förklarar att ansvar delegeras till patienten i och med triaget. Sjuksköterska 2 skickar hem patienten vid förkylning och gör därmed vårdgivaren fri från vården och lägger ansvaret på patienten.

[...]är ingen farligt det här är helt naturligt, det kommer att gå över om tre dagar och då puttar jag ju vårdansvaret över på patienten igen. Du kan inte förvänta dig att en förkylning är över på två dagar, utan gå hem och kurer dig ytterligare en vecka. Så där gör jag mig fri från vård och lägger det på patienten att du får faktiskt sköta detta själv.

(Sjuksköterska 2)

Att be vårdtagaren själv kontakta sin husläkare i stället för att skicka en remiss är en form av delaktighet enligt akutläkaren. Delaktighet är även att be patienten lämna ett blodprov inom en vecka och att patienten själv måste komma ihåg och bestämma när det ska göras. Många gånger avsätter ändå vårdgivaren tid för vårdtagaren vilket kan skapa mervärde för kunden då mer tid till omhändertagande ges.

4.4.2 Valfrihet och Medbestämmande

Sjuksköterska 1 klargör att enligt Hälso- och sjukvårdslagen är vårdgivarna skyldiga att informera om behandlingsmöjligheter för patienten och verksamhetschefen menar att patienten har möjlighet och rätt att vara med och bestämma. Vårdgivaren har skyldighet att informera om konsekvenserna och vara noga med att skriva en journal. Utifrån denna dialog och information har patienten eget ansvar för vad som ska hända därefter enligt sjuksköterska 1.

ST-läkaren beskriver att information om vad patienten lider av och vad läkaren tänker göra alltid ges. Det är inte alltid självklart att patienten själv får välja behandling eftersom läkaren presenterar det alternativ som anses vara det bästa. Om det däremot finns likvärdiga alternativ så kan det diskuteras. Det är skillnad om tillståndet är livshotande eller om patienten har ett planerat besök på en mottagning där det finns större utrymme att välja. Patienter har alltid rätt att säga nej. Som patient får du inte välja läkare på en akutmottagning, du har rätt att träffa en läkare men inte att välja just vilken läkare. Valet patienten kan göra då är att komma tillbaka dagen efter istället. Med hänsyn till missbruksproblematiken får den vårdsökande heller inte välja vilken specifik medicin den önskar, utan det läkaren anser vara bäst erbjuds.

I en akutsituation så ges ju information kring vad man lider av och vi som doktorer ger ju information om vad vi tänker göra och patienten har ju alltid rätt att säga nej till en behandling, självklart. Sen är det ju som så att vi som medicinsk profession inte alltid låter patienten bestämma själv vad de ska för behandling då vi själva vill presentera det som vi anser det bästa alternativet.

(ST-läkare)

I akuta situationer finns det heller inte alltid tid att resonera kring olika behandlingsalternativ. ST-läkaren menar att vid vissa sjukdomstillstånd kräver även Staten att sjukvården går in och bestämmer över patienterna. Sjuksköterska 1 anser dock att de inom vården ska ge patienten mer valfrihet och medbestämmande för att patienten inte ska känna sig utsatt och i underläge. Undersköterska 1 tycker däremot att det är misstänksamt om läkaren frågar patienten vad den önskar eller vill ha. Det ska vårdgivaren veta själv.

Trots valfrihet och medbestämmande anser läkaren att patienten har förväntningar om att vårdgivaren kan och ger den bästa vården, tilliten till läkaren är hög. Läkaren drar ett likhetstecken mellan patienten och medborgaren utifrån medborgaren kan ställa kravet att de den möter i akutsjukvården ska kunna handlägga åkomman på ett korrekt sätt utifrån situationen. Det här oavsett vad åkomman gäller och vare sig om patienten behöver stanna, vänta eller gå till vårdcentralen dagen efter. Akutläkaren menar att patienten kan ställa vilka krav de vill men kan inte få alla uppfyllda. Vid kroniska sjukdomar är kraven från patienten större eftersom patienten har mer kunskap, ibland mer än läkaren. I dessa fall bemöts patienten på den nivån.

Det gäller all akutsjukvård, men i när kronisk sjuka cancerpatienter, dem är väldigt insatta och läser mycket på internet. [...] så där ställer dem krav och där blir man bemött med dem här kraven.

(Akutläkare)

4.4.3 Bemötande

Verksamhetschefen och ST-läkaren reflekterar till hot, våld och bemötande i extrema situationer i sina svar angående bemötande. Alla respondenter i samtliga intervjuer är eniga om att bemötandet är väldigt viktigt och respondenterna i gruppintervjun tror att de alla kan jobba för att göra bemötandet bättre.

I den visionen som mitt verksamhetsområde har, det är att vi ska ha rätt kompetens när vi möter patienten, vi ska ha rätt bemötande, vi ska också ha rätt tid för patienten [...]

(Verksamhetschef)

Verksamhetschefen tycker att ett bra bemötande handlar om att ge patienten gott om tid, att vårdgivaren är tydlig och rakt och att det från början skapas en bra dialog med patienten. Det är bara den patient som behandlas för tillfället som existerar och just då är det bara den personen som gäller.

Läkaren säger att patienter ska ha krav på att bli vänligt bemötta och att ingen i personalen skriker eller liknande åt dem. Missnöjdhet med bemötandet kan också ha att göra med vilka förväntningar patienten hade från början.

Sen kan du ha krav på att du ska bli vänligt bemött och ingen ska skrika åt dig eller så, absolut!

(Läkare)

Sjukvården utgörs till största delen av bemötande menar sjuksköterska 2. Bemötandet tar mer utrymme än själva undersökningen och kan bestå av att vårdgivaren lyssnar och ger en klapp på axeln. I de klagomål som inkommit angående bemötandet har det ofta brustit i informationen och det har uppstått missuppfattningar. Om vårdgivaren är stressad kan den bli snäsig och då inte linda in informationen utan säger den bara rätt ut för att få sitt arbete utfört. Undersköterska 2 menar då att det är viktigt att försöka ställa det tillrätta som har blivit fel och att det är viktigt att vara ödmjuk.

Även om jag säger en sak en gång är det inte säkert att du [...] uppfattar hela informationen när jag har sagt den. Jag tror att du vet och du vet inte och därför har vi inte förstått varandra. Eller kan jag vara stressad och bli snäsig i tonen så att jag pudrar inte in information utan jag levererar bara den och då har jag ju gjort mitt jobb. Så det är dem vanligaste krockarna.

(Sjuksköterska 2)

Undersköterska 2 menar att det är en konst att jobba med bemötande eftersom att alla är olika och det inte går att behandla alla på samma vis. Läkaren håller med och säger att det inte går att ha några manualer för bemötandet inom vården eftersom det handlar om ett individuellt bemötande. De känner inte heller till att det skulle finnas några sådana manualer på akuten.

[...]kunna bemöta rätt, för det är inte alla människor som vill bli bemötta och ska man då bemöta alla lika dant [...] det är en konst. Man kan inte bemöta alla lika [...]

(Undersköterska 2)

Personalen kan ibland vara bagatelliserande mot vårdsökarna enligt akutläkaren. De kan exempelvis ha jobbat en hel natt och haft tio patienter med hjärtinfarkter och det kommer in en patient med huvudvärk. Akutläkaren menar att det då lätt att bagatellisera det här eftersom läkaren är van vid att se det värsta och då förväntar sig att patienten har samma kunskap fastän att de inte har det.

Sjuksköterska 1 anser att akutprocessen medför att de arbetar med att förbättra bemötandet. Situationen är för tillfället väldigt ansträngd men genom att använda tid och kapacitet genom

rätt sortering och att patienten har rätt förväntningar kan det förbättras. Ett gott bemötande behöver inte vara omfattande, det kan räcka med att patienten uppfattar att vårdgivaren ser honom eller henne.

[...] bemötandet, det behöver, ska inte vara så svårt heller. Det kan vara att bara säga välkommen, alltså det behöver inte vara svårare än så.

(Undersköterska 1)

Enligt ST-läkaren bidrar infrastrukturen, utbildad och harmonisk personal, bra bemötande och bra information till att skapa ett bra möte mellan vårdgivare och vårdsökare. ST-läkaren menar att det är viktigt att kunna möta patienten och inte enbart behandla sjukdomen.

Man kan ju dela in vårt jobb i flera delar och en av de hårda bitarna det är ju den medicinska kompetensen och den behandling vi ger våra patienter. [...] eftersom det är en patient vi tar hand om så handlar det om så mycket mer [...] att man då lägger manken till och va medmänsklig då också det tycker jag är jätteviktigt. Och som doktor blir jag ju lite bekymrad när jag hör just att vissa patienter får ett dåligt bemötande och att man är otrevlig.

(ST-läkare)

5. Analys

I följande avsnitt kommer teori och empiri sammanvävas i en analys. Analysen kommer ha sin utgångspunkt i innehållsanalysens kategoriserade teman patient, kund, värde, delaktighet, valfrihet och medbestämmande samt bemötande. Dessa teman kommer inte behandlas enskilt utan begreppen kommer i en sammanvävd analys kopplas ihop med studiens teoretiska och empiriska material, syfte och frågeställningar. Vi kommer behandla fördelar respektive nackdelar med kundbegreppet och patientbegreppet och slutligen föra resonemang om begreppens framtid inom akutsjukvården.

5.1 Vårdsökarens roll i vårdmötet

Många av respondenterna ser på ordet patient utifrån vårdgivarens synvinkel medan verksamhetschefen istället ser på begreppet utifrån vårdsökaren. Trots att synen på patienten har förändrats genom tiderna (Neuberger & Tallis 1999) så associerar såväl teoretiker som respondenter fortfarande begreppet till en sjuk person som är i underläge och i behov av vård. Viss teori och även några av de intervjuade delar åsikten om att patienten har litet inflytande i vården, vilket inte stämmer överrens med vad Hälso- och sjukvårdslagen 2b§ säger om att, *vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten*, som i

teorin öppnar upp för kundbegreppet. En del av respondenterna menar dock att vårdgivaren har det slutliga ordet och att patienten bör lita på och lyssna till denne vilket tvärt emot Hälso- och sjukvårdslagen hämmar kundbegreppets inträde. Även Corvellec (2005) belyser att vårdsökaren måste respektera vårdgivarens kompetens, men att det även måste finnas en gemensam respekt parterna emellan (Corvellec 2005, s. 135-137).

5.2 Rätten att göra val

Att ge kunden det den vill ha, att försöka förstå kundens perspektiv och att vara lyhörd för kundens önskemål (Ivarsson 2005, s. 29) kan liknas vid att den vårdsökande har rätt till valmöjlighet och individuellt anpassad information om sitt sjukdomstillstånd och olika behandlingsalternativ. Ovanstående faktorer kan således appliceras på både kundbegreppet och patientbegreppet inom akutsjukvården, men det finns situationer då vårdgivaren inte kan göra den vårdsökande till lags. I vissa situationer, ST-läkaren ger missbruksproblematik och andra faktorer som exempel, har vårdgivaren däremot en skyldighet att gå emot vårdsökarens önskemål och inte tillmötesgå vårdsökarens behov. Det innebär att frasen *ge kunden det kunden vill ha* och *kunden har alltid rätt* (Moberg 2008, s. 17) inte alltid går att tillämpa inom akutsjukvården. Edgren (1991) uppger i enlighet med ST-läkaren att det ibland kan vara kliniskt berättigat att under vissa förhållanden neka kunden (Edgren 1991, s. 15-16), vilket innebär att det jämlika förhållande som finns mellan en producent och en kund därför inte kan appliceras fullt ut i vårdmötet. Ses det däremot utifrån Corvellec (2005) att kunden inte alls alltid har rätt (Corvellec 2005, s. 135-137) så skulle det kunna vara möjligt att tillämpa kundbegreppet även inom akutsjukvården trots att vårdgivaren ibland måste neka den vårdsökandes önskemål.

Just valmöjligheten är en av de faktorer som dominerar respondenternas definiering av kundbegreppet. Den vårdsökandes rätt till valfrihet är dock inte särskilt framträdande i respondenternas svar angående patientbegreppet trots att just valfriheten har en stark roll i Hälso- och sjukvårdslagen. Respondenterna kopplar ihop valfrihet med kundbegreppet men enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsen (2011) har valfriheten en framträdande roll även i patientbegreppet (HSL 1982:763 2b§). Som lagen belyser borde valmöjligheten således vara en självklarhet och öppnar på det sättet upp för ett kundbegrepp även inom akutsjukvården.

Verksamhetschefen lyfter fram att möjligheten till val är det som skiljer kunder och patienter åt och menar att det delvis hör samman med att akutsjukvården saknar konkurrens. Därför

faller kundbegreppet enligt verksamhetschefen direkt. Resonemanget delas av Ivarsson (2005) som framställer bristen av konkurrens som kritik mot ett kundbegrepp och ifrågasätter nyttan av att införa ett kundbegrepp inom vården (Ivarsson 2005, s. 18, 125). Både verksamhetschefen och ST-läkaren tror att konkurrens inom akutsjukvården hade påverkat arbetet positivt och projektledaren tror att konkurrens kan bidra med ett kundtänk inom akutsjukvården. Verksamhetschefen säger att konkurrens skulle förbättra kvaliteten på vården och ST-läkaren menar att akutmottagningar hade varit en avlastning för akutsjukvården. Det här kan tolkas som att ST-läkaren, projektledaren och verksamhetschefen inte är helt främmande för ett kundbegrepp inom akutsjukvården. Kundbegreppet inbegriper nämligen konkurrens som enligt respondenterna kan påverka akutsjukvården på ett positivt sätt. Det innebär således att kundbegreppet skulle kunna ha en god inverkan på akutsjukvården.

5.3 Patient eller kund?

Respondenterna i gruppintervjun anser att patientbegreppet, trots sin negativa klang, fortfarande är tillämpligt men att ordets ursprungliga betydelse är föråldrad. Tallis (1999) menar också att begreppet patient fortfarande är gångbart på grund av att det inte längre har sin ursprungliga innebörd och att det är viktigt att bibehålla den speciella relationen mellan vårdgivare och vårdtagare (Neuberger & Tallis 1999). Projektledaren säger att vårdgivaren förmodligen alltid kommer se vårdsökarna som patienter men att de faktiskt bör behandla dem som kunder. Projektledaren tror dock inte att den pågående akutprocessen kommer bidra med ett kundtänk inom akutsjukvården.

Läkaren och akutläkaren ifrågasätter nyttan med ett begreppsskifte eftersom det inte behöver betyda att vårdgivarens arbetssätt förändras. De menar att det inte ligger något mervärde för vårdsökarna i att bli kallade för något annat. Däremot ligger det ett mervärde i att som vårdsökare få lov att delta, göra val och vara aktiv vilket är en central punkt i kundbegreppet. Delaktighet är enligt Jones (2004) en central faktor för kundfokusering inom hälso- och sjukvård, vilket Ivarsson (2005) menar handlar om människovärde och ömsesidig respekt. Det uppfylls genom att låta vårdsökaren vara delaktig i sitt eget beslutsfattande. (Jones 2004 se Ivarsson 2005, s. 19-21) Både undersköterska 1 och sjuksköterska 1 anser i enlighet med Socialstyrelsen (2011) att det är viktigt att informera och vägleda rätt angående patientens delaktighet, det måste göras på ett respektfullt vis. Projektledaren för akutprocessen medger att det inte ges tillräckligt mycket utrymme till medbestämmande som det borde men att akutprocessen kan bidra till en förbättring inom det området om delaktighet och medbestämmande tas med som en viktig faktor.

5.4 Vårdsökaren som aktiv deltagare

Att den vårdsökande ska vara deltagande och aktiv är emellertid inte något respondenterna fäster någon större vikt vid. Gällande akutsjukvården och angående vårdsökarens behov framkommer det av sjuksköterska 2 att en vårdsökare endast kan bedöma att det finns ett behov av vård. Sjuksköterska 2 menar dock att vårdsökaren inte har kunskap att bedöma vilken typ av vård den är i behov av men genom personlig information som Nordgren (2008) menar ska ges till alla, ska den vårdsökande ha en möjlighet att välja behandlingsalternativ (Nordgren 2008, s. 120-121). Enligt läkaren brister patientens kunskap om de olika behandlingsalternativen men läkaren medger att möjligheten att välja ändå finns. ST-läkaren menar att vid likvärdiga alternativ kan en diskussion vara möjlig men att det inte alltid är självklart att patienten får välja behandling.

Ivarsson (2005) anser att genom att visa ett ökat intresse och sätta kunden i centrum, upplevs omsorg av kunden vilket resulterar i bättre effektivitet för den offentliga sektorn (Ivarsson 2005, s. 19-21). Sjuksköterska 1 och sjuksköterska 2 delar denna uppfattning och menar att patienten kan gynnas känslomässigt av att vara delaktig. Nordgren (2008) menar däremot att det kan vara problematiskt för en sjuk person att agera och delta som en kund (Nordgren 2008, s. 345). Det här håller verksamhetschefen med om och ger som exempel att en person blir medvetlös och faller ihop på gatan och därmed inte har möjlighet att själv välja. För verksamhetschefen kommer den vårdsökande alltid att vara en patient och tror att det är så för att alla som utbildar sig i vården eftersom patientperspektivet handlar om etik, värderingar, etnicitet och om hela människan och dess värdegrunder. Corvellec (2005) menar att respekt är något som ska genomsyra alla möten (Corvellec 2005, s. 135-137) och hör därför inte specifikt till patientbegreppet utan kan även appliceras på kundbegreppet.

5.5 Att köpa sig vård

Nordgren (2004) menar att kundbegreppet ofta förknippas med att göra inköp (Nordgren 2004, s. 113-115). Denna uppfattning delas av ST-läkaren och sjuksköterska 2 som tycker att det ligger en affärsmässig aspekt i kundbegreppet som omfattar ekonomiska transaktioner där kunden kan ställa önskemål och få det den vill ha mot betalning. ST-läkaren tycker inte att det affärsmässiga perspektivet passar in i hälso- och sjukvården och menar att det månas mer om en patient än om en kund och att vårdgivaren måste tänka i ett större perspektiv än att bara göra vårdsökaren nöjd eftersom patientbegreppet innefattar så mycket mer än kundbegreppet. Neuberger och Tallis (1999) delar uppfattningen om att patientbegreppet månar om den vårdsökande och det speciella förhållandet mellan vårdsökaren och vårdgivaren.

Respondenterna under gruppintervjun menar också att ekonomiska förutsättningar inte får lov att styra efterfrågan inom vården samt att ingen ska få bättre vård på grund av att hon betalar mer. Det bör dock uppmärksammas att patientbegreppet också innefattar ekonomiska transaktioner i form av bland annat patientavgift. Även om patientavgiftens storlek inte styr kvaliteten på akutsjukvården så är det ändå fråga om ett köp eftersom det sker en ekonomisk transaktion.

5.6 En holistisk syn på människan

Det är viktigt att producenten är lyhörd för kundens önskemål (Ivarsson 2005, s. 29) och det samma gäller inom akutsjukvården där det är viktigt att vårdgivaren tar tillvara på den information som vårdsökaren har att ge om sitt tillstånd. ST-läkaren och verksamhetschefen talar om att det ryms ett helhetsperspektiv i patientbegreppet som innebär att vårdgivaren har en holistisk syn på människan. Under gruppintervjun tas det upp att vårdgivaren måste se individen och hela människan vilket motsäger teorin som menar att utgångspunkten i patientbegreppet är individens medicinska behov (Nordgren 2004, s. 2, 8, 51-54; Hagberg & Rybo 2006, s. 18). Respondenterna menar alltså att de inte ska se patienten som ett objekt eller en siffra såsom Kristoffersen (2006) och Erixon (2000) tycker att vårdgivare ofta gör (Kristoffersen 2006 se Hagberg & Rybo 2006, s. 10; Erixon 2000, s. 7-14).

Levin och Normann (2001) anser att patientbegreppet inte är tillräckligt eftersom det innefattar ett för snävt perspektiv på människan och att det i dag läggs större fokus på värde och värdeskapande (Levin & Normann, s. 55-56). Den pågående akutprocessen på Helsingborgs lasarett har till syfte att skapa mervärde för den vårdsökande och skulle därför kunna innebära en viss förskjutning mot kundbegreppet. Verksamhetschefen och ST-läkaren menar tvärtom att patientperspektivet innebär ett bredare perspektiv på människan.

Akutläkaren menar att en patient kan tro att den behöver vård fastän att den inte alltid är i behov av det. I det fall finns det inte något medicinskt behov vilket innebär att vårdgivaren måste se till helheten för att kunna göra en bedömning. Det samma menar Levin och Normann (2001) om kundbegreppet. De beskriver att kundbegreppet innebär ett bredare och mer humanistiskt perspektiv på människan. (Levin & Normann, s. 56, 59) ST-läkarens framställning av kundbegreppet skulle enligt Levin och Normanns teori således kunna vara en beskrivning av kundbegreppet och en indikation på att kundbegreppet kan användas inom akutsjukvården. Ytterligare en gemensam faktor mellan kundbegreppet och respondenternas beskrivning av patientbegreppet kan vi se i undersköterska 1:s uttalande angående att varje

patient är unik och att det därför inte går att behandla alla vårdsökare på samma sätt. Kundbegreppet bygger nämligen på att varje kund är unik och att lösningar ska utarbetas utifrån varje enskild individs behov och önskemål. Det förutsätter dock att individen inte betraktas som ett objekt utan istället ses som medverkande och värdeskapande i tjänsteproduktionen (Ivarsson 2005, s. 16-23). Det gör verksamhetschefen och ST-läkaren genom att prata om vårdsökaren ur ett holistiskt synsätt där vårdgivaren ser hela människan och inte bara sjukdomen. På det viset av-objektifierar de vårdsökaren.

Det finns kopplingar mellan Hälso- och sjukvårdslagen och kundbegreppet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2b§ ska *patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.* Det här stämmer överens med resonemanget om att en kund är deltagande, unik och att lösningar ska utarbetas utifrån varje enskild individs behov och önskemål.

5.7 Värde

Att uppmuntra den vårdsökande till att delta anser Edgren (1991) vara värdehöjande inom hälso- och sjukvården (Edgren 1991, s. 65-67). Möjligheten att skapa värde inom akutsjukvården minskar dock eftersom akutläkaren inte anser att patienten ska ha en aktiv roll. Vårdsökaren ska lyssna på läkaren som i förlängningen är den som bestämmer. Edgren (1991) belyser även att möjligheten för värdeskapandet sker genom effektivare samordning av olika resurser (Edgren 1991, s. 65-67) vilket kan kopplas till den akutprocess som idag pågår på akutmottagningen vid Helsingborgs lasarett. Syftet med processen är att effektivisera arbetssättet så att mervärde för de vårdsökande skapas. Mervärde för den vårdsökande ska uppnås genom bland annat förbättrad kommunikation och kortade väntetider.

Nordgren (2008) och Grönroos (2008) nämner att värdeskapande uppstår i mötet och att vårdgivaren därför måste fokusera på interaktionen med vårdsökaren (Nordgren 2008, s. 344-345; Grönroos 2008, s. 156-157). Enligt läkaren och undersköterska 2 handlar det om ett individuellt bemötande i vården, alla är olika och går därför inte att behandla på samma vis. Det är en konst att arbeta med människor och bemötande för att alla ska bli nöjda och därigenom skapa värde. Teorin belyser att värde för den vårdsökande är att vårdgivaren tar den på allvar och lyssnar på vad den har att säga (Nordgren 2008, s. 120-121). Vikten av att lyssna på den vårdsökande framkommer även under gruppintervjun. Respondenterna menar att lyssna, ge uppmärksamhet och att vid behov också ge den vårdsökande en klapp på axeln

är en viktig del i mötet. Värdeskapande och mervärde är en väsentlig del av kundbegreppet och av respondenternas svar att döma så är det också en viktig del i relationen mellan vårdgivaren och vårdsökaren. Det här visar att värdeskapande är en gemensam faktor för kundbegreppet och patientbegreppet som styrker vårt inledande resonemang om att gränserna mellan de båda begreppen inte längre är lika tydliga.

Precis som Grönroos (2008) menar, så anser undersköterska 1 att det finns en skillnad mellan värde och mervärde. Mervärde är nämligen det där lilla extra. När något nytt skapas eller en förbättring av tjänsten sker skapas enligt teorin mervärde. (Grönroos 2008, s. 159) Det här går att jämföra med vad undersköterska 1 menar med att mervärde är den där isbiten i vattenglasat.

5.8 Bemötande och medmänsklighet

Ett gott bemötande ska vara en självklarhet inom hälso- och sjukvården enligt Eklund (2008). Vårdmötet är kärnan i hälso- och sjukvården, där vårdsökarens behov ska vara utgångspunkten. (Eklund 2008, s. 109-111, Socialstyrelsen 2011) Utifrån intervjuerna stämmer dessvärre inte situationen på akutmottagningen överrens med teorin eftersom merparten av de klagomål som inkommer på akuten berör just bemötandet. Sjuksköterska 2 menar att sjukvården till största del utgörs av bemötande, att bemötandet tar mer utrymme än själva undersökningen. Trots det blir bemötandet ändå lidande vid stress och överbelastning och tonen till den vårdsökande kan bli snäsigt vilket inte är acceptabelt enligt Eklunds teori. Vid dessa tillfällen är det viktigt att försöka ställa allt tillrätta och vara ödmjuk menar undersköterska 2. Även ST-läkaren menar att det kan vara svårt att bemöta patienten rätt om personalen är hårt belastad, men att vårdgivaren måste vara medmänsklig trots allt. Det är enligt akutläkaren även lätt att bagatellisera vissa fall om det varit en arbetsdag med många allvarliga fall. Corvellec (2005) poängterar att det inte är ett respektfullt bemötande vilket det alltid borde vara. Ett bemötande ska alltid vara värdigt och därmed blir användningen av språk, tonläge och blickar viktigt. (Corvellec 2005, s. 135-137) Läkaren anser att patienter ska ha som krav att bli vänligt bemötta och sjuksköterska 1 tror att akutprocessen bidrar till ett förbättrat bemötande. Den pågående akutprocessen ska hjälpa till att spara in tid vilket i sin tur kan medföra att bemötandet, som i dagsläget brister kan bli bättre gentemot den vårdsökande. Ett bättre bemötande skulle i sin tur höja värdet och bidra positivt till vårdsökarens värdeskapande process och öppna upp mot ett kundbegrepp.

5.9 Ett framtida begrepp

Precis som Gummesson menar så är personalen på akutmottagningen misstänksamma mot kundbegreppet (Nordgren 2004, s. 2) men flera av respondenterna under gruppintervjun var positiva och resonerade kring att patientbegreppet eventuellt är förlegat och att en annan bedömning av den vårdsökande vore mer passande. Sjuksköterska 1 och sjuksköterska 2 menar dessutom att ett begreppsskifte inte är omöjligt men att det är så djupt rotat i vårdpersonalen att en sådan förändring skulle ta lång tid och innebära en förändring i den rådande kulturen.

Helsingborgs lasarett är medlem i nätverket för hälsofrämjande sjukhus vilket stödjer Neubergers teori om att dagens sjukvård inte enbart avser att bota och vårda sjuka. Hon menar även att relationen mellan vårdgivare och vårdsökare har förändrats till att numera bygga på jämlikhet och att vårddagaren är aktiv och välinformerad. (Neuberger & Tallis 1999) Angående jämlikheten inom akutsjukvården resonerar flera under gruppintervjun om att patientbegreppet är nedvärderande och att det kanske kunde vara passande att använda ett annat begrepp för den vårdsökande vilket kan tolkas som att även vårdgivaren anser att relationen har blivit mer jämlik och att den asymmetriska position som ryms i patientbegreppet inte längre är lika aktuell och framträdande som tidigare.

Enligt Hagberg och Rybo (2006) inbegriper patientbegreppet värderingar som återspeglas i relationen mellan patient och vårdgivare (Hagberg & Rybo 2006, s. 1, 6). ST-läkaren, akutläkaren och läkaren menar däremot att själva ordet inte spelar någon roll. ST-läkaren anser att det snarare är människosynen som är det viktiga och flera respondenter poängterar att kvaliteten på akutsjukvården inte påverkas av vilket begrepp som används. Respondenterna i alla intervjuer lägger i dagsläget in mycket av kundbegreppets faktorer, såsom lyhördhet, individualitet och värdeskapande i patientbegreppet, vilket visar att begreppet i sig i själva verket inte har så stor betydelse. Istället är det vårdpersonalens värderingar och syn på den vårdsökande som styr.

6. Slutsats

I slutsatserna kommer vi att sammanställa resultatet av analysen och besvara vårt syfte och frågeställningar.

Syfte var att utifrån kundbegreppet och patientbegreppets betydelse i hälso- och sjukvården, undersöka om det fanns förutsättningar att tillämpa kundbegreppet inom akutsjukvården. Frågorna vi undersökte var: *Är det möjligt att tillämpa benämningen kund istället för patient på vårdsökare vid en akutmottagning? Hur ser personalen på ett möjligt intåg av kundbegreppet inom akutsjukvården?*

Vår analys visar att det ena begreppet inte utesluter det andra inom akutsjukvården. Det skulle kunna vara möjligt att betrakta vårdsökaren som en kund i alla hänseenden förutom just i själva behandlingssituationen, där vårdgivaren är den som har den största kompetensen. Det går då inte att tillämpa frasen *ge kunden det kunden vill ha* och *kunden har alltid rätt* inom akutsjukvården. Relationen mellan vårdgivaren och vårdsökaren kommer i det hänseendet alltid att vara asymmetrisk men det behöver inte hindra att vårdgivaren behandlar den vårdsökande med samma respekt och individualitet som en kund.

Det största hindret för att införa kundbegreppet inom akutsjukvården var enligt respondenterna att kundbegreppet innefattar köp och ekonomiska transaktioner. I viss mån innefattar även patientbegreppet ekonomiska transaktioner eftersom den vårdsökande måste betala patientavgift för varje besök. Trots att patientavgiften är den samma för alla och att den inte styr kvaliteten på vården så sker ett köp även vid ett besök hos akutsjukvården.

Synen på patienten har förändrats och personalen lägger redan många av kundbegreppets centrala faktorer såsom valfrihet, delaktighet och värdeskapande i patientbegreppet. Den betydelse personalen lägger i patientbegreppet skulle därför i många hänseenden kunna definiera en kund samtidigt som Hälso- och sjukvårdslagen i viss mån stödjer kundbegreppets betydelse och stärker vårdsökarens position genom att belysa vårdsökarens rätt att aktivt medverka. Värde och dess olika innebörder *delaktighet, valfrihet och medbestämmande* samt *bemötande* är en gemensam faktor som för patientbegreppet och kundbegreppet närmre varandra, suddar ut gränserna, gör det svårare att skilja de båda begreppen åt och underlättar ett begreppsskifte.

Respondenterna är misstänksamma mot att införa kundbegreppet inom akutsjukvården och resonerade om att patientbegreppet är föråldrat och att en annan benämning vore mer

passande. Användningen av begreppet är dock så djupt rotat i personalen att det skulle innebära en förändring i den rådande kulturen. Den pågående akutprocessens syfte kan möjligtvis medverka till att öppna upp för ett införande av kundbegreppet inom akutsjukvården men vi kan konstatera att personalen, i dagsläget inte är redo för en begreppsförändring. Det teoretiska materialet indikerar dock att det finns möjlighet att införa kundbegreppet inom akutsjukvården på längre sikt.

7. Diskussion

I diskussionen kommer vi att komma med våra egna synpunkter angående resultatet. Förslag till vidare forskning inom området kommer också att ges.

Vi finner det intressant att de finns ett motstånd till kundbegreppet inom akutsjukvården trots att personalen lägger så mycket av kundbegreppets definition i patienten. Vi tycker att det visar att personalen lägger för stor vikt vid själva begreppet i stället för att fokusera på dess innebörd och att det saknas en riktig förståelse för vad kundbegreppet egentligen innebär. Vi fick intrycket av att personalen är oroliga för att deras kompetens inte kommer värderas lika högt om ett kundbegrepp införs. Vi kan däremot inte se att kundbegreppet skulle medföra något hot mot deras profession eller kompetens eftersom vårdsökarens kunskap aldrig kommer överstiga vårdgivarens. Med det menar vi att vårdsökaren kommer till akutsjukvården för att den är i behov av hjälp vilket innebär att vårdgivaren måste ha det slutgiltiga ordet för att vårdsökarens behov ska bli tillfredsställt då det trots allt är vårdgivaren som har kompetensen att tillfredsställa vårdsökarens behov.

Med utgångspunkt i respondenternas definition av kundbegreppet menar vi att det ligger så mycket mer än bara ekonomiska transaktioner i dess innebörd och att det därför kan användas inom akutsjukvården. Att bli betraktad som kund måste inte alltid innebära att kunden får vad den betalar för och ett kundbegrepp behöver inte leda till en ojämlig vård där ekonomiska förutsättningar styr.

Vi ställer oss frågande till att respondenterna anser att de ser till patientens helhet när de i själva verket inte ser på vårdsökarens deltagande och medbestämmande som en självklarhet. Om den vårdsökande inte tillåts vara delaktig i sin behandling eller tillåts vara med och bestämma tycker vi inte att en helhet uppnås. I helheten anser vi att den vårdsökandes vilja ingår och får vårdsökaren inte delta och vara medbestämmande så är det endast vårdgivaren som bestämmer och ser då, enligt vår uppfattning, enbart till det kroppsliga och medicinska.

Trots att vi upplever att det finns ett motstånd till att låta patienten vara delaktig så resonerar ändå respondenterna om att vårdsökaren har möjlighet att vara med och bestämma behandlingsalternativ i vissa situationer, att vårdsökaren har rätt att säga nej men inte har lika stor rätt att välja att medverka i frågan om behandlingsalternativ. Vi anser att det inte är rimligt att den vårdsökande har full rätt att säga nej och avstå behandling men endast begränsad möjlighet att välja mellan olika alternativ i den mån det är möjligt. Vi menar att det är viktigt att vårdgivarna ser individen.

Vi finner det även intressant att respondenterna har olika perspektiv på akutsjukvården beroende på vilken roll de själv har i den specifika situationen. Som exempel vill akutläkaren behandla individer som patienter i sin yrkesroll men vill själv bli behandlad som kund i det fall denne själv söker vård. Vi ser här en problematik i att vårdgivaren inte är beredd att behandla den vårdsökande på samma sätt som de själva vill bli behandlade i en vårdsituation. Respondenterna uttryckte att kulturen angående patienten är väldigt djupt rotad och vi tror att det är just kulturen som måste förändras för att ett kundbegrepp ska bli gångbart inom akutsjukvården. Projektledaren uttrycker dessutom att de bör behandla vårdsökarna som kunder vilket faktiskt tyder på att möjligheten ändå finns.

Vi anser att det är positivt att de arbetar med åtgärder som medför ett bättre bemötande gentemot vårdsökaren eftersom att situationen i många fall är mer kritisk när en vårdsökare kommer till akuten. Det är därför extra viktigt med värde, bemötande och människosyn inom akutsjukvården eftersom individen kan vara mer utsatt och känslig på en akutmottagning än på till exempel vårdcentralen. Det är därmed viktigt att vårdgivaren arbetar med sitt bemötande och att bemötandet blir rätt från början.

7.1 Vidare forskning

För vidare forskning hade det varit intressant att även utgå från en diskursanalys, det vill säga att observera och analysera respondenternas uttryck och reaktioner mer ingående. Det hade även varit intressant att anlägga ett genusperspektiv på studien och undersöka om respondenternas svar skiljer sig åt beroende på kön. Att undersöka om skillnaden i åsikter mellan olika yrkestitlar (sjuksköterskor, undersköterskor och läkare), ålder och tid i yrket hade också kunnat tillföra studien ett intressant perspektiv.

Referenslista

Monografi

Bryman, A. (2009) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 1:5. Malmö: Liber AB.

Cederqvist, J. (red.). (2008). *Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Stockholm: SNS Förlag.

Edgren, L. (1991). *Service Management inom svensk hälso- och sjukvård: Affärsutveckling och kundorganisation*. Lund: Lund University Press.

Erixon, D. (2000). *Bakom vårdpolitikens dimridåer; om jämlikhet och patientmakt*. Stockholm: Timbro.

Grönroos, C. (2008). *Service management och marknadsföring: Kundorienterat ledarskap i servicekonkurrensen*. Upplaga 2. Malmö: Liber AB.

Hagberg, C & Rybo, C. (2006). *Den osynlige patienten; en begreppsanalys av begreppet patient*. Uppsats. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Ivarsson, L. (2005) *Vad betyder kundfokus; en studie av närhet, kompetens och teknik*. Karlstad: University Studies.

Jacobsen, D., I. (2008) *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Upplaga 1:2. Lund: Studentlitteratur AB.

Levin, B & Normann, R. (2001). *Vårdens chans: En modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Falun: AiT.

Nordgren, L. (2004). *Från patient till kund: Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Lund: Lund Business Press.

Norén, L. (2003). *Valfrihet till varje pris; om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg*. Göteborg: Bokförlaget BAS.

Normann, R. (2001). *När kartan förändrar affärslandskapet*. Upplaga 1:3. Malmö: Liber AB.

Normann, R. (2000). *Service Management: Ledning och strategi i tjänsteproduktionen*. Upplaga 4. Malmö: Liber Ekonomi.

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju: från vetenskapsintervju till fältstudier*. Upplaga 1:1. Malmö: Liber AB.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa Intervjuer*. Upplaga 4. Lund: Studentlitteratur AB.

Antologi

Corvellec, H. (2005). Mot en respektens etik för servicemötet. I Corvellec, H. & Lindquist, H. (red.). *Servicemötet: Multidisciplinära öppningar*. Lund: Studentlitteratur.

Eklund, A-K. (2008). *Värdighet, respekt och professionellt agerande*. I Cederqvist, J. (red.). *Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Sid. 108-115. Stockholm: SNS Förlag.

Moberg, Å. (2008) *Patienten som störning och vården som sjukdomsskapare för anhöriga*. I Cederqvist, J. (red.). *Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Sid. 66-72. Stockholm: SNS Förlag.

Nordgren, L. (2008). *Patient, kund och konsument*. I Cederqvist, J. (red.). *Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Sid. 95-107. Stockholm: SNS Förlag.

Von Koch, A. (2008) *Du ser ju så frisk ut!* I Cederqvist, J. (red.). *Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. Sid. 24-47. Stockholm: SNS Förlag.

Artiklar

Fotaki, M. (2006). *Choice is yours: A psychodynamic exploration of health policymaking and its consequences for the English National Health Service*. Human Relations. Vol 59:12 s. 1711-1744.

Hood, C. (1995). "The new public management" in the 1980s: variations on a theme. Accounting, Organizations and society. Vol 20, nr: 2:3, s. 93-109.

Neuberger, J & Tallis, R. (1999). *Do we need a new word for patients?* British Medical Journal 1999:318: 1756-1758.

Nordgren, L. (2006). *Intåget av valfrihet och vårdgaranti i den svenska sjukvården; en diskursanalys*. Kommunal ekonomi och politik. Vol 10:1 s. 37-59.

Nordgren, L. (2008). *The performativity of the service management discourse; value creating customers in health care*. Journal of Health Organization and Management, Vol. 22:5, s.510-528.

Nordgren, L. (2008). *Utveckling av tjänsteproduktiviteten inom hälso- och sjukvård*. Socialmedicinsk tidskrift. Nr 4. Sid 340-350.

Nordgren, L. & Åhgren, B. (2010). *Val av primärvård; resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler*. Uppdragsforskningsrapport 2010:3. Konkurrensverket: Stockholm.

Wing, P, C. (1997). *Patient or client; if in doubt, ask*. Can Med Assoc J. Vol. 157 s. 287-289.

Elektroniska källor

Codex hemsida: <http://www.codex.uu.se/forskarensetik.shtml>, läst 2011-05-08

Nationalencyklopedins hemsida: <http://www.ne.se/lang/patient>, läst: 2011-04-04

Nationalencyklopedins hemsida:

<http://www.ne.se/sok/v%C3%A5rds%C3%B6kande?type=NE>, läst 2011-05-06

Nationalencyklopedins hemsida: <http://www.ne.se/sok/v%C3%A5rdgivare?type=NE>, läst 2011-05-06

Helsingborgs lasarets hemsida: <http://www.helsingborgslasarett.se/omoss/>, läst 2011-05-10

Publikationer

Socialstyrelsen¹. Publicerad via: www.socialstyrelsen.se, *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar; slutrapport mars 2011*. Artikelnummer: 2011-3-36.

Handböcker

Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal: Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Socialstyrelsen². Aktuell från 1 januari 2011.

Lagtexter

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Muntliga källor

Intervju på Helsingborgs lasarett: Processledare, 2011-04-05

Intervju på Helsingborgs lasarett: Fokusgrupp, 2011-04-12

Intervju på Helsingborgs lasarett: Verksamhetschef för akutmottagningen, 2011-04-13

Intervju på Helsingborgs lasarett: ST-läkare, 2011-05-05

Förtryckt empiriskt material

Internt material över akutprocessen

Bilaga 1

Intervjufrågor Projektledare 2011-04-05

Vad är bakgrunden till processen?

Vad är målet med processen?

Beskrivning av processen.

Startdatum och slutdatum för implementeringen?

Hur benämner ni era vårdsökande? Kund/patient?

Vilka direkta fördelar kommer processen medföra för den vårdsökande?

Vad lägger du för betydelse i begreppet kund respektive begreppet patient?

Tror du att processen kommer bidra med ett ökat ”kundtänk” på akuten?

Vad är Helsingborgs lasarets/akutmottagningens strategi?

Bilaga 2

Intervjufrågor Verksamhetschef 2011-04-13

Varför ansåg du att det behövdes en förändring inom akutvården?

Vilka direkta fördelar kommer processen medföra för den vårdsökande?

Vad innebär mervärde för den vårdsökande?

Maria berättade att den största andelen klagomål rör bemötandet mot vårdtagarna. Har ni någon plan för att förbättra detta?

Varför tror du att bemötandet är den delen som får mest klagomål?

Vad anser ni skapar ett bra möte mellan personal och den vårdsökande?

Vad lägger du för betydelse i begreppet kund respektive begreppet patient?

Tror du att processen kommer bidra med ett ökat ”kundtänk” på akuten?

Har ni någon konkurrens? Hur kan konkurrens förändra ert arbete mot den vårdsökande?

Har projektet påverkats negativt av ombyggnaden?

Bilaga 3

Intervjufrågor; ST-läkare 2011-05-05

Hur väl känner du till akutprocessen och vad denna innebär?

Vad lägger du för betydelse i begreppet patient?

Vad lägger du för betydelse i begreppet kund?

Tror du att processen kommer förändra din syn på den vårdsökande?

Hur definierar du värde?

Hur definierar du mervärde?

Vad anser du skapar ett bra möte mellan personal och den vårdsökande?

Anser du att kundbegreppet är tillämpligt inom akutvården?

Vad skulle behövas förändras för att det skulle fungera att införa ett kundtänk inom akutvården?

Tror du att vårdkvaliteten förändras med ett kundtänk? Bättre/sämre?

Bilaga 4

Intervjufrågor, fokusgruppintervju 2011-04-12

Vad lägger ni för innebörd i begreppen patient?

Vad lägger ni för innebörd i begreppet kund?

Tror ni att processen kommer bidra med ett ökat ”kundtänk” på akuten?

Anser ni att kundbegreppet är tillämpligt inom akutvården?

Vad innebär mervärde för er?

Vad ser ni för skillnad mellan värde och mervärde för den vårdsökande?

Vad anser ni skapar ett bra möte mellan personal och den vårdsökande?

Känner ni att ni kan påverka synsättet på vårdtagaren?

Har ni själv varit vårdsökande på akuten och hur upplevde ni det mötet?

Värde

Mervärde

Patient

Kund

Bemötande