INSTITUTIONEN FÖR FILOSOFI, LINGVISTIK VETENSKAPSTEORI

STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

Problemet tid

Carolina Ehrencrona

Uppsats/Examensarbete:	Magisteruppsats 15 hp
Program och/eller kurs:	Evidensbasering: praktik, teori, kontext
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2024
Handledare:	Doris Lydahl
Examinator:	Ingemar Bohlin

Abstract

Uppsats/Examensarbete:	Magisteruppsats 15 hp
Program och/eller kurs:	Evidensbasering: praktik, teori, kontext
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2024
Handledare:	Doris Lydahl
Examinator:	Ingemar Bohlin
Nyckelord:	Standardiserat vårdförlopp, logiker, politisk ontologi,

---

Syfte: Att öka förståelsen för hur olika logiker samverkar och ibland motverkar varandra i samband med upplevelsen och framställningen av Standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården. Vidare undersöks hur dessa logiker relaterar till evidensbaserad praktik samt om det finns förändringar över tid.

Teori: Teoretisk ingång ligger i logiker som grund för handling, inte bara i praktiken utan också i problemframställningen av varför dessa åtgärder behövs. I detta ingår även problemframställning som världsskapande, en del av den politiska ontologin.

Metod: En empirisk fallstudie av SVF genom intervjuer och dokumentanalys enligt problemframställningsmetoden (WPR).

Resultat: Uppsatsen visar att agens med ett patientperspektiv var den mest framträdande logiken från början men att denna senare ersattes av en rättviselogik med mätning och jämförelse av ledtider som utfall. Problemframställningen som användes var att väntetiderna till diagnos och behandling av cancer var för långa och varierade över landet.

Ambition fanns att delar av SVF skulle bygga på vetenskaplig grund. Vid införandet baserades ledtiderna på optimal handläggning och kortaste möjliga tid under perfekta förutsättningar. Vid behov av prioriteringar används avsaknad av evidens som en motivation att ta bort eller förändra de satta tidsgränserna inom SVF.

Förord

Tack Andreas, för att du spånade idéer med mig i en inspirationslös väntsal och för att du gav mig ett intressant ämne för min resa. Tack Rebecka, för att du alltid är nära tillhands med pepp. Jag hoppas jag kan återgälda det nu när du ger dig ut på ditt nya äventyr! Tack Doris, för ditt engagemang och för din förmåga att ge konkreta tips om hur man tar sig vidare utan att för den sakens skull peka ut vägen. Och slutligen tack till övriga uppsatsskrivande studenter våren 24, ni var ovärderliga reskamrater!

Något av det svåraste under den här uppsatsen har varit att inte falla in i att utvärdera, eller för att använda de begrepp av Casanus som Jonna Bornemark (2018) redogör för, att inte glida in i ratios område och det mätbara utan att hålla mig inom intellektus spelplaner. Jag har under de senaste 10 åren arbetat i forskningsgrupp som utvärderar om kirurgiska ingrepp och tekniker som tas in i verksamheten faktiskt är av värde. Att komma från en utvärderande verksamhet, och framför allt en kvantitativ sådan, har gjort att jag flera gånger har fått styra undan från frågan ”men fungerar det då?”. Det har varit svårt men utvecklande att närma mig och uppskatta det värde som finns i intellektus och den icke-vetande horisonten och att det där finns möjlighet att se något nytt. I det är jag väldigt tacksam för att parallellt gå en kurs i modern vetenskapsteori, för varje del där har gett mig nya perspektiv att ta in i det här arbetet. Det blir också en väldigt stark påminnelse om hur mycket som inte kommer direkt från det empiriska materialet, utan som jag tar med mig in, som påverkar utfallet. För utan den kursen hade stora delar av min referenslista och min tolkning av resultatet sannolikt sett annorlunda ut.

Slutligen har jag även funnit tröst i Bornemarks (2018, s. 199) ord om att frågan ”Vad blev resultatet, vad kom du fram till?” inte är så lämplig inom det humanistiska området eftersom det är en frågeställning som hör ratio till. Och framför allt, att det är helt okej att känna att man kanske inte kom fram till något. För det har jag gjort, ofta, i den här processen men det har varit ett fantastiskt äventyr. Det har varit så många vägar att utforska och jag hade gärna fortsatt längre på flera av dem. Tiden tar ändock slut och något ska redovisas och bedömas. Så den här uppsatsen blev resultatet denna gång, i denna tid, av mig.

> “One solution for how to stop […] is to put the last word to the last chapter”.
>
> - Bruno Latour

En not om översättning

Då uppsatsen är skriven på svenska och mycket av den teoretiska litteraturen och tidigare forskning är skriven på engelska gör det att översättning av specifika begrepp har behövts. Jag har i de fall det inte finns en etablerad svensk term för ett teoretiskt begrepp eller fackterm valt att gå på semantik, det vill säga ordets betydelse, vid översättning snarare än grafisk och morfologisk likhet, alltså hur ordet skrivs. Ett exempel är policy. Den svenska definitionen av ordet är en organisations riktlinjer i vissa frågor, exempelvis klädpolicy (klädkod) medan det engelska begreppet i stort relaterar till det politiska området. Jag har i det fallet valt att använda mig av begreppet handlingsprogram på svenska. Första gången en översättning används redogörs även det engelska begreppet inom parentes i direkt anslutning.

Innehållsförteckning

Inledning ... 1
Syfte och frågeställningar ... 1
Bakgrund ... 2
Cancer ... 2
Den nationella cancerstrategin ... 2
Standardiserat vårdförlopp ... 3
Kunskapsstyrning, standardisering och evidensbasering ... 5
Tidigare forskning om standardiserat vårdförlopp ... 6
Teori ... 7
Logiker ... 7
Politisk ontologi och analys ... 8
Logiker och rationaliteter inom hälso-och sjukvården ... 8
Metod ... 10
Material ... 10
Dokument ... 10
Intervjuer ... 11
Etik ... 12
Bearbetning och analys ... 12
Textanalys ... 13
Kodning och sammanställning ... 14
Resultat ... 16
Identifierade logiker ... 16
Agens ... 16
Rättvisa ... 19
Samspel och förändring ... 22
Evidensens roll ... 28
Sammanfattning och diskussion ... 32
Problemframställning ... 32
Reflektioner om metod och resultat ... 33
Slutsats ... 35
Referenslista ... 36
Bilagor

Inledning

Standardisering inom sjukvården har varit en pågående process under åtminstone 100 år. Ursprungligen initierades denna utveckling i USA och spred sig sedan till Europa (Timmermans & Berg 2003, s. 35). Drivkrafterna bakom standardiseringen var delvis behovet av att hantera det ökande patientflödet men också viljan att skapa jämförbarhet för att öka kvaliteten på vården och underlätta forskning (Timmermans & Berg 2003, s. 38-39). En av de mest förekommande standardiseringarna inom sjukvården gäller tillvägagångssätt, i form av riktlinjer och rutiner.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården infördes i Sverige 2015. SVF beskrivs som ”ett nationellt arbetssätt som ska minska onödig väntan och ovisshet för patienten” (Socialstyrelsen 2023, s. 34). SVF består av kriterier för skälig misstanke om en cancerdiagnos vilken ska inleda ett vårdförlopp och specificerar sedan vilka utredande åtgärder som ska ske samt tidsgräns för när start av behandling ska påbörjas.

Grundinställningen till riktlinjer inom hälso- och sjukvården är att dessa bör vara evidensbaserade, det vill säga grundade på vetenskapliga forskningsresultat (Timmermans & Berg 2003, s. 27). I detta avseende utgör SVF ett undantag. SVF reglerar ledtider baserat på den kortaste möjliga tiden och inte utifrån vad som är medicinskt motiverat eller belagt med evidens (Socialstyrelsen 2023, s. 55-56). Det innebär att SVF som standard frångår det vanligare förfarandet att vara baserat på utsökning och värdering av vetenskapligt underlag (Timmermans & Berg 2003, s. 3). Från den medicinska professionen har det riktats kritik mot SVF-konceptet för att det saknar evidens. En debatt har bland annat förts i Läkartidningen där Svenska läkaresällskapet har yttrat sig (Skogseid & Härenstam 2019) och Health and Technology Assessment (HTA) rapporter har genomförts för att värdera evidensnivån på insatsen och ledtiderna (Ahlzén et al. 2020; Johnsson, Karlsson & Sandqvist 2020).

Vid införandet av SVF identifierades en patientrelaterad och en ekonomiadministrativ institutionell logik men också en medicinsk logik vilken inbegrep evidens och klinisk erfarenhet (Mæhle et al. 2021a, s. 2242). Institutionella logiker beskrivs som ett ramverk som formar individer och organisationers upplevelse av rationalitet, självbild och resonemang om och meningsgörande av handling (Thornton, Ocasio & Lounsbury 2012, s. 2). Logiker bildar grund till praktiken och vad som anses rätt handlande (Mol 2008, s. 8-9). Dessa logiker kan förändras över tid, de kan konkurrera men de kan också samverka (Reay & Hinings 2009, s. 645).

Standardiserat vårdförlopp bildar därför ett intressant fenomen att studera då det ligger inom standardiseringens område och styrning av sjukvården men utan det normala förfarandet med evidensbasering. Vilka logiker finns idag och hur samverkar dessa? Och vad är evidensens roll om nu SVF är utanför ansatsen om vetenskaplig grund för riktlinjer?

Syfte och frågeställningar

Uppsatsen syftar till att ge ökad förståelse för hur logiker inom SVF samverkar och motverkar varandra när det gäller upplevelsen och framställningen av SVF:s syfte och funktion och deras koppling till evidensbasering samt om det finns en förändring över tid.

För att undersöka detta har följande relaterade frågeställningar bildat en grund för uppsatsen:

Vilka logiker kan identifieras genom hur SVF:s syfte och huvudsaklig funktion framställs?

Hur har samspelet mellan logikerna utvecklats över tid?

Hur relaterar evidens till SVF och de identifierade logikerna?

Bakgrund

Cancer

Cancer är en sjukdom med omkring 200 diagnoser. Den tillhör gruppen icke smittsamma sjukdomar. Orsaken till cancer kan vara livsstilsrelaterad, påverkan av yttre miljöfaktorer eller genetiskt. Olika cancerformer påverkar olika kategorier av människor men risken att utveckla cancer stiger med åldern. Prognos och behandling mot cancer skiljer sig och kan vara allt från ett snabbt förlopp med hög dödlighet, till ett långsamt förlopp med låg dödlighet. Behandling kan vara kirurgi, strålbehandling, eller olika former av läkemedelsbehandling som cytostatika eller immunologisk behandling, eller en kombination av dessa (Socialstyrelsen & Cancerfonden 2023).

Behandlingarna utförs av olika verksamheter och enheter inom sjukvården, utöver det är det andra enheter som är involverade i att genomföra undersökningar som fastställer en cancerdiagnos. Det gör att en cancerpatient har flera olika kontakter med sjukvården för utredning och behandling av sin sjukdom.

Den nationella cancerstrategin

Den svenska regeringen beslutade 2007 om att upprätta *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Cancerstrategin skulle fokusera på framtida behov och inte vara en åtgärdsplan för det aktuella läget inom cancervården (Dir. 2007:110, s. 4).

Cancerstrategins 300 sidor innehåller förslag på åtgärder utifrån ett medborgarperspektiv, ett patientperspektiv och gällande kunskaps- och kompetensförsörjning (SOU 2009:11). Medborgarperspektivet innehåller åtgärder gällande förebyggande arbete som stöttande av hälsofrämjande livsstilsförändringar och vaccin samt tidig upptäckt exempelvis genom screening. Patientperspektivet innehåller insatser för att förbättra kommunikation och information, korta ledtider och ge tillgång till nya behandlingsmetoder. Kunskaps- och kompetensförsörjning föreslår inrättande av regionala cancercentrum, satsningar på cancerforskning, förbättrad uppföljning samt översyn av och en långsiktig plan för kompetensförsörjning.

Utredarna föreslog att målen med cancerstrategin skulle vara att:

1. minska risken för insjuknande i cancer,
2. förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer,
3. förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos,
4. minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos samt
5. minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

(SOU 2009:11, s. 31)

Cancerstrategin föreslogs genomföras via årliga överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). SKR är en politiskt styrd organisation med förtroendevalda från kommuner och regioner i styrelsen. Deras uppgift beskrivs som att stödja kommunal och regional verksamhet genom exempelvis samordning och kunskapsutbyte (Sveriges Kommuner och Regioner 2024).

Betänkandet om cancerstrategin färdigställdes 2009, beslut om att uppdatera cancerstrategin presenterades av regeringen i februari 2024 (Socialdepartementet 2024).

Standardiserat vårdförlopp

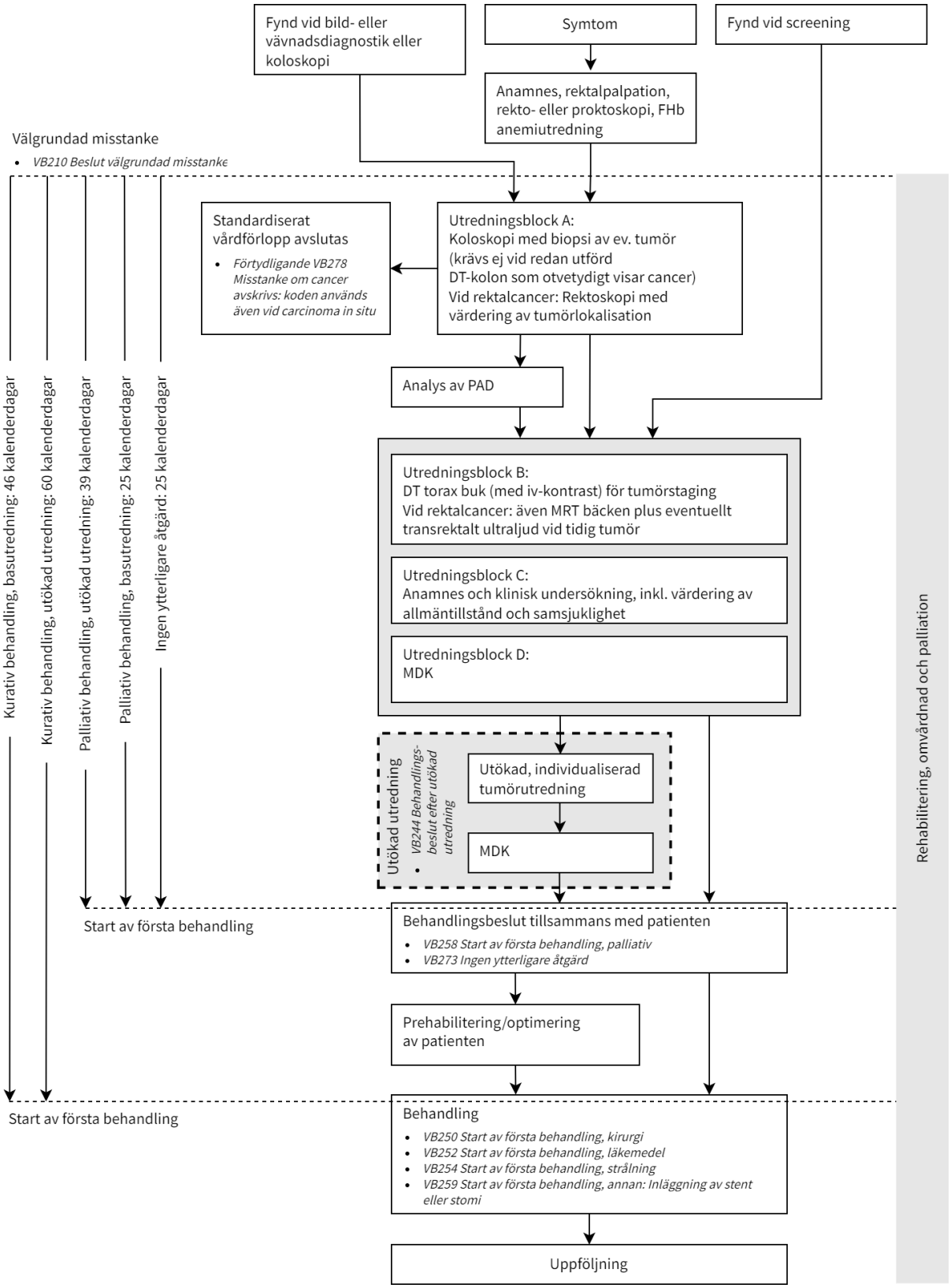
Standardiserade vårdförlopp (SVF) är en av åtgärderna som cancerstrategin gett upphov till. Det infördes genom överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR 2015 (Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] 2015). Dessa förlopp är kopplade till specifika diagnoser och idag finns drygt 30 olika. SVF ska bidra till att förkorta tiden för en cancerutredning och därmed start av behandling (Regionala cancercentrum [RCC] i samverkan 2020, s. 4). Liknande förlopp med syfte att minska väntetider har även införts i Danmark (2007) och Norge (2014) och går internationellt under namnet *cancer patients pathways* och förkortningen CPP (Mæhle et al. 2021a, s. 2232).

Varje SVF har definierade kriterier för välgrundad misstanke för de cancerdiagnoser förloppet gäller (Socialstyrelsen 2023, s. 34). Ett vårdförlopp inleds när en patient uppfyller kriterierna för välgrundad misstanke i det förloppet. Vårdförloppet gäller från misstanke till första behandling och specificerar vilka utredningar som ska ske. Tidsgränser sätts för varje steg i kedjan men det är enbart tiden från misstanke till start av behandling, eller att misstanken avskrivs, som mäts och jämförs nationellt. Dessa ledtider sätts utifrån optimala förhållande och tar inte hänsyn till exempelvis resursbrist eller postgång (Socialstyrelsen 2023, s. 55).

Det finns tre huvudmål med SVF: nöjdare patienter, mer jämlik cancervård och kortare väntetid. De två senare har operationaliserats i inklusionsmålet där 70 % av de som insjuknar i en cancer ska utredas enligt SVF och ledtidsmålet att 80 % av patienterna ska starta behandling inom de angivna tidsintervallen. Samtliga regioner når inklusionsmålet 2022 (Socialstyrelsen 2023, s. 34). Detta kvarstår för 2023 medan ledtidsmålets uppfyllnad ligger på 40 % nationellt vilket är en minskning från föregående år (RCC i samverkan 2024, s. 4). Patientnöjdhet mäts genom enkäter.

De standardiserade vårdförloppen skrivs enligt samma mall och är kopplade till ett nationellt vårdprogram, där vårdförloppet beskriver *vad* som ska göras och vårdprogrammet *hur* det ska göras (RCC i samverkan 2020, s. 5-6). Varje åtgärd i ett vårdförlopp har en kod vilken antingen registreras i de patientadministrativa systemen eller en specifik databas (RCC i samverkan 2024, s. 1). Separata kodningsdokument och flödesscheman finns för varje förlopp (se figur 1 som exempel).

SVF är alltså både den process som patienten går igenom och de materiella dokument som redogör för vad som ska göras och inom vilken tid. I den här uppsatsen är det SVF som process som undersöks.



Figur 1. Flödesschema från standardiserat vårdförlopp för tjock- och ändtarmscancer (RCC i samverkan u.å.).

Kunskapsstyrning, standardisering och evidensbasering

Kunskapsstyrning är en viktig aspekt av offentlig verksamhet. I detta ligger att kunskap ska vara ledande för hur en verksamhet styrs och för den praktik som finns inom den (Fernler 2011, s. 131).

Standardisering är en del av kunskapsstyrningen. Timmermans och Epstein (2010, s. 71) beskriver standardisering som överenskommelser för att skapa enhetlighet inom ett fält samt att det ofta är initierat och kontrollerat av externa organisationer eller myndigheter. Inom sjukvården finns standardisering representerad inom alla områden. Det kan gälla allt från hantering av prover till diagnosklassificering, terminologibanker, nålstorlek och checklistor (Timmermans & Berg 2003, s. 24-25). En form av standardisering är rutiner och riktlinjer vilka reglerar hur eller vad som ska göras under vissa förutsättningar. Förespråkare för den typen av standardisering inom sjukvården ser det som en demokratisering som möjliggör att alla patienter får en likvärdigt behandling medan kritiker påpekar minskad flexibilitet och mindre påverkansmöjligheter i kliniska beslut (Timmermans & Berg 2003, s. 20).

Kunskapsstyrning beskrivs ofta som en tillämpning av evidensbasering, en evidensbaserad praktik, men den beskrivningen anser Karin Fernler (2011, s. 159) vara missvisande då det inte är ett färdigt verktyg som direkt kan användas. Evidensbasering kan också ta många uttryck och användas på flera olika sätt. Den mest dominerande ansatsen med handlingsprogram i den offentliga sektorn anses vara evidensbaserad praktik med ett fokus på att insatserna ska fungera (Bacchi 2009, s. xvi). Inom sjukvård menar Carol Bacchi (2009, s. 137) att ett grundläggande antagande är att en evidensbaserad åtgärd ska göra nytta för patienten.

Evidensbasering uppkom inom hälso- och sjukvården genom evidensbaserad medicin (EBM). I grunden var detta ett förhållningssätt där kritisk granskning av vetenskapligt underlag skulle guida till bästa beslut i det enskilda patientfallet (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson 1996). Det har sedan utvecklats till att bli mer allmängripande. Timmermans och Berg (2003, s. 3) menar att en grundläggande komponent inom EBM är sammanställningar av kunskap för diagnostik och behandling i evidensbaserade riktlinjer. I EBM ingår en rangordning av värdet på evidens baserat på studiedesign. Ett återkommande problem är brist på tillgänglig evidens. Loes Knaapen (2013, s. 684) argumenterar därför för att riktlinjer i många fall snarare går att betrakta som evidenssökta då det i de fall evidens saknas blir annat som bildar underlag för de evidensbaserade riktlinjerna.

Vad som räknas som kunskap som underlag för styrningen är något som kan variera, från en väldigt strikt syn på en evidens rangordnad efter studiedesign till en mer allmän odefinierad bild av bäst tillgänglig kunskap. Fernler (2011, s. 133) menar att det saknas övergripande kriterier för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården i Sverige och att det därmed är upp till enskilda projekt att definiera vad som är relevant kunskap.

Inom cancervården har de sex[1] regionala cancercentren (RCC) och deras nationella samarbetsorganisation, RCC i samverkan, en kunskapsstyrande funktion. Dessa center var ett av förslagen i cancerstrategin och inrättades 2011 (Asplund 2011, s. 4). RCC skulle bidra med ökad kunskapsstyrning genom arbete med riktlinjer och nationella vårdprogram samt verka för att data från kvalitetsregister användes för verksamhetsutveckling (Asplund 2011, s. 6).

Vårdprogrammen beskriver hur en cancer ska utredas och behandlas med evidensgraderingar av det vetenskapliga underlaget (RCC i samverkan 2022, s. 10). Vårdprogrammen och SVF hör ihop och revideras tillsammans. I vårdprogrammets styrdokument uppges också att cancervården i Sverige ska följa Socialstyrelsens kriterier för god vård vilket innebär att vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid (Asplund 2011, s. 5).

[1] En i respektive sjukvårdsregion

Tidigare forskning om standardiserat vårdförlopp

Mæhle et al. (2021a) menar att införandet av SVF i de skandinaviska länderna bygger på liknande grund där de föregåtts av en generell åtgärd för cancervården, vilken senare specificerats i en åtgärd för att förkorta tid till diagnos och behandling. SVF bedöms ha införts smidigt i Skandinavien vilket är ovanligt när det gäller politiskt initierade reformer i sjukvården (Mæhle & Smeland 2021, s. 1340). En bidragande orsak till detta menar Mæhle och Smeland (2021, s. 1345) är att den medicinska professionen var deltagande. En förutsättning var de strukturer som byggdes upp som möjliggjorde samarbete mellan olika organisatoriska nivåer, inklusive möjligheten att röra sig genom hierarkin men också mellan olika enheter inom samma nivå. I Sverige hade RCC en viktig roll i detta genom att de befann sig utanför beslutsordningen men ändå hade nära samarbete med alla involverade organ. RCC möjliggjorde också två av de identifierade avgörande mekanismerna, nämligen konsensusgrupper samt stöd- och rådgivning (Mæhle & Smeland 2021, s. 1346).

De uppbyggda strukturerna var också en förutsättning för att medla mellan de logiker som var involverade vid införandet av SVF (Mæhle & Smeland 2021, s. 1347). De identifierade logikerna var en ekonomiadministrativ, en medicinsk och en patientrelaterad vilka beskrivs närmare i en annan artikel av Mæhle et al. (2021a). Den ekonomiadministrativa logiken förs av ledning och myndigheter med fokus på optimering av resurser. Den medicinska logiken förs av professionen och är baserad på klinisk erfarenhet och evidensbasering. Den patientrelaterade logiken är baserad på patienters subjektiva upplevelser. Konceptet att förkorta ledtider menar Mæhle et al. (2021a, s. 2244) kunde få legitimitet i alla logikerna. Medicinskt kan försening av behandling riskera försämrad prognos, god planering kan ge bättre utnyttjande av resurser och för patienter kan det ge upplevelsen av en mer förutsägbar och säker process. Denna centrala och överlappande punkt inom de rådande logikerna möjliggjorde därmed införandet av SVF.

När det gäller vårdförlopp (ICP[2]) generellt menar Davina Allen (2014, s. 818-819) att kontrasterande logiker gör att vårdförlopp kan uppfattas positivt eller negativt beroende på profession. Hon hypotiserar att anledningen till att motstånd mot vårdförlopp är större hos läkare än hos sjuksköterskor kan bero på att läkare som grupp har en skepsis mot dess vetenskapliga grund. Delilovic, Hasson, Åhström och von Knorring (2019) utförde en intervjustudie med sjukvårdsprofessioner (läkare och sjuksköterskor) och administrativ personal om införandet av SVF. De menar att det fanns en generell positiv inställning till SVF. Däremot uppgavs att det i många fall saknades kunskap om att insatsen var på gång och vad den innebar samt svårigheter i att vårdförloppet rörde sig över flera enheter då påverkansmöjligheter utanför den egna enheten saknades. Detta motsäger delvis Mæhles och Smelands (2021) framskrivning av en deltagande profession och påverkansmöjligheter över flera nivåer som en framgångsfaktor för implementeringen. Detta kan delvis bero på skillnader i intervjupersoner där deras empiriska material kom från representanter på regeringsnivå, nationella koordinatorer, sjukhusledning och patientorganisationer. Delilovic et al. (2019, s. 7) föreslår att implementeringens spridning snarare kan bero på de ekonomiska incitamenten och en press att följa efter de regioner som redan infört insatsen för att inte hamna efter snarare än att de såg en nytta med införandet. Några aspekter om SVF i förhållande till evidens eller vetenskapligt underlag framkom inte. I en intervjustudie av personal på diagnostiska enheter framkom däremot en skepticism om ledtiderna utifrån ett medicinskt perspektiv där en kritik låg i att längre ledtider hade kunnat ge undersökningssvar med större användbarhet (Winterling et al. 2021). Pedersen och Roelsgaard Obling (2020, s. 9) menar att efter införandet av SVF i Danmark har möjligheten att förlänga, att ge tid, jämte aspekten att förkorta väntetid, blivit en kvalitetsindikator. I denna kontext har tid också blivit en definierande egenskap av cancer, uppdelat på akut eller kroniskt tillstånd.

[2] ICP-Integrated Care Pathway är en övergripande term för vårdförlopp av olika slag. ICP är ofta lokalt utformade och inkluderar en checklista som följer patienten (Allen 2014, s. 809) och därför inte alltid helt jämförbara med SVF.

Teori

Den här uppsatsen kommer att använda logiker, det vill säga grunden för handlande, som teoretisk utgångspunkt. Därtill kommer politisk ontologi, det vill säga att det som logikerna ligger till grund för är världsskapande, vara en del av antagandet för analysen. Logikerna kommer även relateras till evidens vilken, precis som evidensbasering, kan förekomma i många former. Knaapen (2013, s. 683) menar att definitionen av evidens inom EBM kopplat till evidenspyramiden är en subgrupp av evidens vilket som begrepp står för olika former av kunskap, bevis och belägg. Vilken form av evidens som åsyftas när ordet används är inte alltid urskiljbart utan vidare kontext. I den här uppsatsens frågeställning är evidens likställt med uttryck som vetenskapliga belägg eller vetenskaplig grund. Det är inte begreppets innebörd i sig som är av intresse utan hur det används.

Logiker

Logik som definierat av Annemarie Mol (2008, s. 9-10) är grunden till en praktik, anledningen till varför något anses korrekt för en viss situation. Hon menar att logik kan vara inbäddad i handlingar och materiella ting. Utövarna behöver inte nödvändigtvis vara medvetna om logiken men den skapar ett koherent och relevant sammanhang att verka inom.

Carol Bacchi (2009, s. 5) talar om en konceptuell logik vilket hon menar är underliggande antagande, alltså det som tas för givet och bildar en persons världsbild. Hon menar att det gäller både det ontologiska, synen på hur verkligheten är, och det epistemologiska, synen på vad kunskap är och hur den kan tas fram.

Både Mol och Bacchi relaterar logiker till diskurs. Mol (2008, s. 9) menar dock att logiker går utanför begreppet diskurs som hon anser vara mer situerad och fixerad till sin specifika tid och kultur där den uppstått. Bacchi (2009, s. 7) å andra sidan anser att diskurs just innehåller de antaganden och värderingar som logiken består av och att diskursanalys därmed är ett värdefullt verktyg för identifiering av logiker. Mols logikbegrepp kan ses som mer aktivt med en närmare koppling till agerandet, medan Bacchis logikbegrepp är kopplat till problemframställning, det som förordar att en handling krävs men inte själva utförandet av handlingen i sig.

Ett annat logikbegrepp är det som benämns institutionella logiker. Dessa representerar ett ramverk vilket formar organisationers upplevelse av självbild och rättfärdigande av handling (Thornton, Ocasio & Lounsbury 2012, s. 2). Shaw, Kontos, Martin och Victor (2017, s. 83) menar att institutionella logiker är ett uttryck av övergripande ideologier, som demokrati, på lokal nivå, där idéer genom organisatoriska styrmedel som politiska handlingsprogram (policy) påverkar det individuella agerandet. I detta ligger också den påverkan flertalet sociala världar, och deras olika symboler, praktiker och värderingar, har på individer och relationen mellan dessa sociala system (Thornton, Ocasio & Lounsbury 2012, s. 2). Mol (2008, s. 9) menar dock att den process där det sociala och materiella ordnandet (modes of ordering) uppstår och vilken påverkan den processen har inte är en del av logiken. Logiker innefattar i stället det som ligger bakom handlandet. Däremot relaterar hon logiker till det som ordnandet innebär för att det kan finnas många tankesätt och agerande i en given tid och plats.

Mer än en logik kan finnas representerad samtidigt. Rivaliteten mellan dessa kan resultera i att en logik får dominans och ersätter den andra, ett annat utfall är att logikerna i stället fortsätter att existera sida vid sida (Reay & Hinings 2009, s. 645). Logikerna behåller då sina särdrag men samverkar när det gäller överlappande mål. Hur samverkan mellan institutionella logiker faller ut och hur mycket konflikt det ger upphov till har länkats till dimensionerna kompabilitet och centralitet. Det vill säga hur väl logikerna faciliteter samma typ av handlingar och hur viktiga de är för organisationens funktion (Besharov & Smith 2014). För gemensamma handlingar krävs mening och legitimitet utifrån alla involverade logiker i en gemensam problemframställning (Mæhle et al. 2021a, s. 2243). Detta

meningsgörande genom en problemframställning över flera rationaliteter är i sin tur det som Bacchi (2009, s. 5-6) menar är konceptuell logik.

Politisk ontologi och analys

Politisk ontologi innebär enligt Mol (1999, s. 75) att villkoren för den verklighet vi interagerar med är skapade genom de praktiker som innefattas i den. Det löser också upp det åtskiljande som traditionellt gjorts av en underliggande sann verkligen som kan upptäckas genom vetenskap och den sociala formbara upplevda verkligheten. I linje med detta menar Bacchi (2009, s. x) att problem som ett politiskt handlingsprogram är tänkt att lösa inte existerar som oberoende entiteter i vår värld. Det är först i problemframställningen som problemet tar form och materialiseras ”*in the real”* (Bacchi 2009, s. 33, emfas i original). Det är alltså de föreslagna åtgärderna som skapar problemet de är tänkta att lösa (Bacchi 2009, s. 1). Här får logiker som grund för handlande och problemframställning en världsskapande roll. Vad som uppfattas som korrekt och mest lämpligt i en viss situation innebär alltså, enligt Mol, genom dess kopplingar till de praktiker och handlingar de är inbäddade i, att världen också görs genom olika logiker (Mol 1999; Mol 2008).

Bacchi (2009, s. 6-7) menar att det finns olika stilar inom problemframställning, så kallade politiska rationaliteter, vilka kan vara mer eller mindre framträdande. Ett exempel på en sådan dominant rationalitet är individiden som ansvarig för sin egen situation. Genom ett handlingsprograms problemframställning kan man därmed identifiera det tänkande som ligger bakom (Bacchi 2009, s. 1), det vill säga den konceptuella logiken och den politiska rationaliteten. Medicinska standarder är, enligt Timmermans och Berg (2003, s. 22), politiska genom att de kan förändra praktiker och förhållandet mellan aktörer. De förmedlar också de uppfattningar, motiv och värderingar som skaparna av standarden har (Timmermans & Berg 1997, s. 275).

I politisk ontologi ligger att verkligheten är multipel, att det finns mer än en verklighet. Enligt Mol (1999, s. 76-77) är det inte fråga om perspektiv, det är inte enbart att världen upplevs olika, utan olika versioner av verkligheten skapas i det lokala utförandet. Dessa verkligheter är dock inte oberoende utan de kan växla, överlappa och även uppgå i varandra (Mol 1999, s. 85). Bacchi (2009, s. xii) menar att vid problemframställning reduceras en situations komplexitet på flertalet punkter och redogör därför bara för en del av ett problemområde (issue), eller med Mols koncept en verklighet. Denna multiplicitet möjliggör också att argumentation kan föras om att beslutet ligger någon annanstans. I enlighet med politisk ontologi kan alltså ett beslut förskjutas från en verklighet till en annan och på så sätt framstå som att det inte alls finns något (problem) att besluta om (Mol 1999, s. 80).

Logiker och rationaliteter inom hälso- och sjukvården

Det finns mycket forskning som visar på olika logiker och rationaliteter inom hälso- och sjukvården. När det gäller synen på hälsa kan den delas upp mellan ett biomedicinskt och ett socialt koncept (Bacchi 2009, s. 128-130). Det biomedicinska behandlar hälsa som avsaknad av sjukdom med ett fokus på prevention, överlevnad och bot. Det sociala har en bredare ansats, där hälsa är ett komplext fenomen även koppat till extern påverkan, hälsa är välmående fysiskt, socialt och mentalt. Mol (1999, s. 85) beskriver det hon kallar politiska stilar i förhållande till sjukvård där patienten antingen representeras som konsument där vård är enskilda enheter och något patienten kan välja mellan eller som medborgare där staten reglerar en vård som är en organisatorisk enhet vilken patienten kan påverka. I en senare publikation (Mol 2008) benämner hon dessa politiska stilar som vallogik (logic of choice) vilken hon ställer mot det hon kallar för en omsorgens logik (logic of care). Här menar även Bacchi att i linje med den politiska rationaliteten om individen som ansvarig blir även den egna hälsa en del av ansvaret och att det förstärker perspektivet om en konsumtion av hälsa (Bacchi 2009, s. 138).

Damhus, Risør, Brodersen och Jønsson (2024, s. 3) redogör för en cancerspecifik logik de benämner *logiken för tidig diagnostik* vilken de beskriver som tanken om att snabbare är bättre. Denna logik menar de är framträdande i forskning, politik och preventiva åtgärder men att det saknas evidens för ett generellt samband mellan tidig diagnostik och utfallet av cancer.

Fernler (2011, s. 151) redogör för två rådande verksamhetsrationaliteter inom hälso- och sjukvården, den medicinskprofessionella och den ekonomiadministrativa. Mæhle, Hanto, Simensen och Smeland (2021b) har identifierat samma men benämner dem institutionella logiker. De beskriver att den medicinskprofessionella har ett fokus på en vetenskaplig grund, att professionen, grundat på verksamhetskännedom, ska ha ledande positioner och där det finns en kollegial sammanhållning över organisationsgränser. Den ekonomiadministrativa har ett tydligt hierarkiskt förhållningssätt med toppstyrning där fokus är på resursoptimering och prioritering samt uppföljning. Fernler (2011, s. 151) redogör även för att inom den ekonomiadministrativa logiken är principer för styrmetoder generellt applicerbara oavsett verksamhetens innehåll. Allen (2014, s. 818) redogör för två institutionella logiker vilka hon menar har stor betydelse i klinisk styrning (clinical governance). Den ena är evidensbaserad praktik (EBP) vilket förordar evidensbaserade riktlinjer och uppföljning och den andra är kvalitetsförbättring (QI – Quality improvement) vilken i stället förordar systematiskt verksamhetsnära förbättringsarbete. Båda bejakar vetenskaplig metodologi och kunskapsstyrning men där EBP är en logik som verkar uppifrån och ner medan QI gör tvärt om.

I den här uppsatsen kommer logikbegreppet utgå från Mol och Bacchi enligt vilka logiker är grund för handling, inte bara i praktiken utan också i problemframställningen av varför dessa åtgärder behövs. Dessa logiker genom handlande och problemframställning ses också som världsskapande. Mols praktiknära logikbegrepp blir betydande i relation till vad SVF innebär för de som arbetar med utförandet medan Bacchis logikbegrepp har koppling till den samhällsstyrning som regeringen utför genom initierande av cancerstrategin, och i förlängningen de standardiserade vårdförloppen. De institutionella logikerna får en mer tillbakadragen roll eftersom de har mer fokus på styrning och hur beslut högre upp i en organisation får påverkan för individens praktik. Uppsatsens syfte är att fånga hur SVF upplevs och framställs och inte hur den regleras. Konceptet om institutionella logiker har inte heller en uttalad ansats om att dessa har ontologisk påverkan.

Metod

Den teoretiska ingången i den här uppsatsen ligger inom ramen för konstruktivistiska premisser vilket påverkar de metodologiska valen. Logiker är genom sin praktik (Mol 2008) och problemframställning i samhällsstyrning (Bacchi 2009) världsskapande. Det förutsätter därmed att det inte finns en objektiv beskrivning av en oberoende verklighet som undersökningen kan fånga. Målet är därmed inte att inhämta en så oförvanskad bild som möjligt av en observerbar sanning utan kunskapen handlar om att fånga den verklighet de sociala processerna kring fenomenet standardiserade vårdförlopp skapar. Det gör att kontext och situation är av vikt i undersökningsprocessen för att fånga komplexitet och mångtydighet (Justesen & Mik-Meyer 2011, s. 12). Detta gör att det är det subjektiva, om än partiella, som utgör det kunskapsområde som kan fångas, den situerade kunskapen (Haraway 1988).

Material

Det empiriska materialet i den här fallstudien består av officiella dokument och intervjuer där dokumenten bidrar genom att vara preskrivptiva texter som reglerar och påbjuder handlande och därigenom också redogör för vad som vägleder och rättfärdigar detta handlande (Bacchi 2009, s. 34). Intervjuerna bidrar med en situerad kunskap för att ta hänsyn till att olika aktörer i en standardisering lever i sin del av helheten som fenomenet representerar (Timmermans & Berg 2003, s. 22). Intervjumaterialet är samtida kunskap, det kan redogöra för tidigare händelser och tankar men är fortfarande färgad av hur det är idag. Dokumenten däremot bidrar med en historisk redogörelse där de representerar den tid då de fastställdes.

Dokument

Mängden producerade dokument relaterade till SVF är omfattande. Exempelvis utvärderar Socialstyrelsen, Regionala Cancercentrum i Samverkan och Sveriges Kommuner och Regioner satsningen årsvis i var sin rapport. Utöver det finns den årliga överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR, styrdokument, lokala uppföljningar och riktlinjer, utbildningsmaterial samt utredningar i olika omfattningar och av olika instanser. Med hänsyn till intentionen att använda Bacchis (2009) analysmetod[3] av politisk problemframställning valdes som avgränsning de dokument som producerades av Regeringskansliet (Socialdepartementet och statliga utredningar). Utifrån dessa gjordes ett pragmatiskt urval för att få överblick av bakgrunden, förändring över tid och dagsläget. För omfattande texter valdes de avsnitt som främst relaterade till SVF ut på förhand. Övriga dokument av intresse har använts som referenslitteratur.

Totalt 7 dokument bildar underlag för analysen (se tabell 1). Direktivet om att utforma en cancerstrategi samt valda delar av utredningens rapport valdes för att representera bakgrund. Därtill valdes den första (2015) respektive senaste (2024) av de årliga överenskommelserna mellan Socialdepartementet och SKR samt de för 2019 och 2020. Dessa representerar alla tre aspekter (bakgrund, förändring, nuläge). Överenskommelserna för 2019 och för 2020 valdes för att det där sker en förändring av titeln och att de, sannolikt på grund av det politiska läget (januariöverenskommelsen), båda skrivs med ett halvårs mellanrum. Tidsmässigt är det också mitt emellan första och senaste överenskommelsen. Även valda delar av regeringens beslut om *Långsiktig inriktning inom cancervården* (2018) används för att representera förändring över tid.

[3] Även om denna analysmetod kan innefatta andra typer av dokument relaterade till de politiska handlingarna (Bacchi 2009, s. 55).

Tabell 1 Inkluderade dokument

Titel (upprättad av, år)	Eventuella avgränsningar:
Kommittédirektiv En nationell cancerstrategi för framtiden (Socialdepartementet, 2007)	
En nationell cancerstrategi för framtiden (Statens utredningar, 2009)	Sammanfattning (s.12–36) Avsnitt 8.1–8.2 Insatser för att stärka patientens ställning (s.175–198) Avsnitt 11.5 Patientperspektivet (s.291–296) Avsnitt 11.8 Prioriteringar mellan förslag (s. 298–300)
Kortare väntetider i cancervården (Socialdepartementet, 2015)	
Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården (Socialdepartementet, 2018)	Avsnitt 2 Regeringens vision för framtidens cancervård (s. 5) Avsnitt 5.2 Väntetider och ledtider (s.17–19) Avsnitt 5.5 Patientfokuserad och sammanhållen vårdkedja (s. 22–24)
Kortare väntetider i cancervården 2019 (Socialdepartementet, 2019)	
Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2020 (Socialdepartementet, 2019)	
Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024 (Socialdepartementet, 2023)	

Intervjuer

Intervjupersonerna i den här undersökningen har valts för att representera vissa förutsättningar och tillsammans täcka ett stort område av de yrkeskategorier, verksamheter och organisationer som SVF berör. Antalet intervjuer bestämdes på förhand till fem och var en anpassning till undersökningens omfattning. Av samma anledning har undersökningen avgränsats till att gälla specialistvården varför ingen representant från primärvården finns bland intervjupersonerna.

Intervjupersonerna är både män och kvinnor och samtliga har arbetat inom eller med frågor som rör hälso- och sjukvården sedan innan SVF infördes. De arbetar inom olika verksamheter och organisationer och det finns en spridning i grundprofessioner och yrkesroller (se tabell 2). Två av intervjupersonerna hade tills nyligen (<18 månader) arbetat i verksamheten som läkare och kontaktsjuksköterska/SVF-koordinator. Intervjupersonerna arbetar med SVF både på lokal, regional och nationell nivå. Intervjupersonerna inom verksamheterna tillhör mitt kontaktnät medan jag inte haft någon tidigare kontakt med intervjupersonerna vid RCC och SKR.

Tabell 2 Demografisk sammanställning

Verksamhet eller organisation	Aktuell yrkesroll	Tidigare yrkesroll*	Grundprofession
Onkologi, Kirurgi, Radiologi, Regionala Cancercentrum (RCC), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)	Chef, Samordnare	Behandlande läkare, Kontaktsjuksköterska/SVF-koordinator	Administratör, Biomedicinare, Läkare, Sjuksköterska

*relaterat till arbete med SVF

Intervjun var semi-strukturerad där en intervjuguide (se bilaga) med öppna frågor användes (Justesen & Mik-Meyer 2011). Utöver de specificerade frågorna ställdes uppföljande frågor om det som intervjupersonen själv tog upp. Intervjun inleddes med bakgrundsfrågor om personens yrkesroll och relation till SVF. Därefter kom tre huvudfrågor som berörde kärnan, det vill säga syfte och effekt samt positiva respektive negativa aspekter av SVF, där intervjupersonerna uppmanades att ge konkreta exempel för att undvika svar som beskriver hur det ”borde vara” (Larsson & Holmström 2007, s. 57). Därefter kom frågor om SVF i förhållande till förändring över tid och måluppfyllelse där en bild från informationsmaterial med målen för SVF användes som intervjuhjälpmedel. Intervjupersonen ombads också resonera kring begreppen *värdeskapande tid* och *medicinsk motiverade ledtider*. Dessa båda är begrepp som finns med i relation till tidsgränser i dokumentation av SVF. Det valdes ut då jag uppfattade att dessa begrepp till viss del används som motsatser utifrån de förkunskaper jag har om diskussioner kring SVF.

Alla tillfrågade om intervjun valde att ställa upp. Intervjupersonen valde plats för intervjun, alla utfördes på arbetsplatsen, två via videolänk. Intervjuerna utfördes i februari-mars 2024. Intervjuerna spelades in som ljudfil (21–48 min) och transkriberades ordagrant inklusive hummande och tvekljud. Vid citering av intervjutext utelämnas eventuella tvekljud och dessa samt pauser markeras med punkter. Alla intervjuer genomfördes och transkriberades innan kodning påbörjades.

Etik

Undersökningar som enbart utförs som studentarbeten inom högskoleutbildning på magisternivå är inte föremål för etikprövning (SFS 2003:460). Eftersom det inte fanns något behov av att samtala om sådant som klassas som känsliga personuppgifter (3§) under intervjuerna och ingen manipulation eller vilseledning (4§) användes hade heller inget godkännande av Etikprövningsmyndigheten behövts även utan det så kallade studentundantaget.

De fyra forskningsetiska principerna information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet 2002) har varit ledande i undersökningens utformning. Intervjupersonerna har skriftligt via mejl tillfrågats och accepterat att de ville ställa upp på en intervju. Alla deltagare fick ta del av en skriftlig information om intervjuns syfte och hur insamlat material skulle användas. Där framgick också att deltagande var frivilligt och att inget material från intervjuerna skulle redovisas så att personen kunde identifieras.

Dataskyddsförordningens (EU 2016/679) föreskrifter om hantering av personuppgifter har följts genom att ljudfilerna har förvarats på en skyddad plats och att pseudonymisering har skett genom att intervjupersonerna har refererats som Intervjuperson I-V i all dokumentation. Eventuella hänvisningar till platser, som sjukhus eller region, samt personer som kunde identifieras har ersatts med en generell term i hakparentes vid transkribering av intervjuerna.

Dokumenten som är underlag till analysen är allmänna handlingar och kräver inga tillstånd att hantera.

Bearbetning och analys

Uppsatsen har en abduktiv ansats som beskriven av Timmermans och Tavory (2012). Det innebär att mina egna erfarenheter har utgjort utgångspunkten för undersökningen. De valda teoretiska ingångarna har baserats på intresse, förkunskap och inläsning om området som undersöktes. I analysen har det som varit överraskande varit ledande för vidare utforskning. Teorin har ringat in aspekter av empirin och empirin har öppnat för kopplingar till teori.

I analysen har också grundsatser om att, i den mån det går, ge en symmetrisk framställning utan att ta ställning varit ledande (Bloor 1976, s. 5). Det innebär att sammanställningen av materialet i resultatet presenteras utan en framskrivning av något som rätt eller fel, bättre eller sämre än något annat.

Textanalys

Dokumenten har granskats med hjälp av valda delar av Bacchis (2009) metod med problemframställning (What's the problem represented to be, WPR). Analysmetoden beskrivs som en kritisk granskning där man genom att belysa hur problem framställs i politiska handlingsprogram kan ifrågasätta de antaganden och effekter framställningen innebär (Bacchi 2009, s. xv-xvi). Genom att arbeta baklänges och granska ett handlingsprograms åtgärder skapas en bild av vad som uppfattas vara problemet och det underliggande resonemanget (Bacchi 2009, s. 3). WPR-metoden är utformad för att uppnå förståelse om hur samhällsstyrning (governance) uppstår i relation mellan stat och samhälle framför allt med fokus på experter och professionellas påverkan på och av kunskap som ligger till grund för beslut (Bacchi 2009, s. 25-26). I WPR-ansatsen ingår även att utvärdera handlingsprogrammet och rekommendera en förändring (Bacchi 2009, s. 55) samt att applicera frågorna till ens egen problemframställning (Bacchi 2009, s. 19). I den här uppsatsen används delar av WPR-metoden som ett verktyg för granskning och analys av dokument och inte i sin fulla form. Det innebär att jag inte kommer att göra en fullständig utvärdering av handlingsprogrammet eller ge rekommendationer.

Av metodens sex relaterade frågor har de tre markerade valts ut till det här projektet:

1. **Vilket problem är det som framställs?**
2. **Vilka förutsättningar och antaganden ligger bakom problemframställningen?**
3. Hur har problemframställningen uppkommit?
4. **Vad har inte problematiserats i framställningen? Var är tystnaden? Går det att tänka annorlunda om problemet?**
5. Vilka effekter ger problemframställningen upphov till?
6. Hur och var har problemframställningen skapats, spridits och försvarats? Hur kan den ifrågasättas, hindras och ersättas?

(Bacchi 2009, s. 2, egen översättning)

Anledningen till avgränsningen är av praktisk natur, då tid och omfattning inte tillåter en fördjupning av alla sex frågeställningar. En fullständig WPR-analys ryms inte heller inom den här undersökningens syfte som är avgränsad till hur logiker inom handlingsprogrammet och praktiken av standardiserat vårdförlopp samverkar och relaterar till evidens. Då fråga 1 är grundläggande för övriga frågor behövs den för att ge en konkret inramning. Fråga 2 behandlar de epistemologiska och ontologiska antagandena och identifiering av den konceptuella logiken som finns inbyggd i problemframställningen, det vill säga vad som förutsätts för att problemframställningen ska förstås. (Bacchi 2009, s. 5). De identifierade logiker från fråga 2 problematiseras i fråga 4 varför båda dessa kopplar an till undersökningens syfte. Vad gäller fråga 3 har den frågeställningen till stor del redan adresseras av Mæhle et al. (2021a) när de studerat SVF:s uppkomst i Skandinavien och har sammanfattats i bakgrundskapitlet. I fråga 4 finns även en jämförande tvärkulturell ansats (Bacchi 2009, s. 48), detta har inte tagits med i den här uppsatsen. Däremot kvarstår att analysera förändring i problemframställningen över tid. En grundläggande genomgång i linje med fråga 5 och 6 blir för omfattande analys att behandla i den här uppsatsen även om vissa delar kommer belysas.

Då WPR-metoden har en normerande ansats kommer det deskriptiva förhållningssätt som antagits i resultatavsnittet frångås i diskussionen. Detta för att kunna presentera och diskutera problem-framställningen och dess påverkan genom ett mer utvärderande förhållningssätt, samt att ge utrymme att reflektera över mina egna antaganden i den problemframställningen jag presenterar vilket Bacchi (2009, s. 19) menar är en viktig del då en själv, precis som det man undersöker, är påverkad av ens samtid.

Kodning och sammanställning

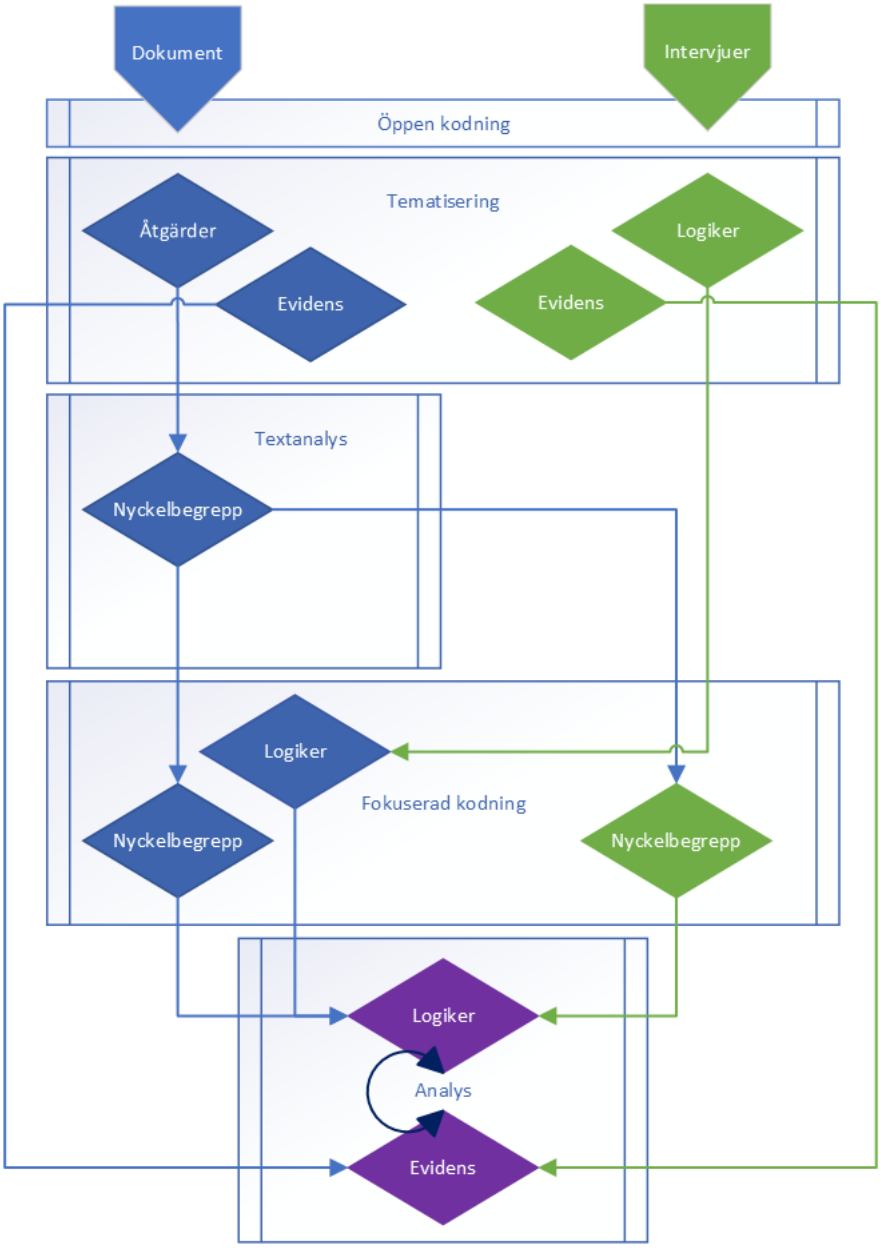
Kodning utfördes med programvaran NVivo där intervjuer och dokument kodades separat. Både dokument och intervjuer kodades till en början med öppen kodning där det mest framträdande i ett stycke användes till kod. För dokumenten användes kodningen för att identifiera meningsbärande enheter som ansågs ha relevans till uppsatsen syfte Den öppna kodningen bildade strukturell hjälp och tematisering inför textanalysen. Ett tema innehöll identifierade åtgärder och ett annat material relaterat till evidensbasering vilket inkluderade kunskapsstyrning, vetenskapligt underlag och mätbarhet.

Under processen att samla in och skriva ut intervjumaterial framkom vissa teman som togs med in och bildade en grund för kodningsprocessen. Meningsbärande enheter som inte passade in i dessa teman fick en ny kod. Efter att en intervju kodats slogs koder med få referenser samman om det bedömdes att det fanns en gemensam nämnare som kunde bilda en ny kod. När alla intervjuer kodats öppet sorterades koderna i teman med undergrupper bestående av de mer framträdande aspekterna i respektive tema. Teman representerade dels identifierade logiker i intervjumaterialet, dels material som relaterade till evidensbasering.

Som underlag till textanalysen tabellerades åtgärder relaterade till SVF (det vill säga sammanhållen vårdkedja och ledtider) gällande resurstilldelning då den mest framträdande problemframställningen enligt Bacchi (2009, s. 4) ofta kan identifieras via vilken åtgärd som ges mest resurser. Varje åtgärd fick en rad och ordnades kronologiskt för att möjliggöra att se förändringar över tid. Åtgärder som rör barncancervård har undantagits då de inte finns som en del av standardiserade vårdförlopp utan har legat separat även om dessa åtgärder syftat till sammanhållen vårdkedja och ledtider. Ur åtgärderna identifierades sedan nyckelbegrepp. Dessa valdes utifrån om de var ofta förekommande, antingen som enskilda eller relaterade begrepp, i relation till åtgärderna och i dokumentet som helhet utifrån den öppna kodningen. Följande ingångar har använts som grund för textanalysen.

> Vad ges mest resurser?
>
> Vilka nyckelbegrepp används och vad utesluter dessa?
>
> Vilken förändring av resurstilldelning och begrepp ses över tid?

Efter textanalysen utfördes fokuserad kodning i både dokument- och intervjumaterialet efter stycken relaterat till nyckelbegrepp. En fokuserad kodning där de logiker som identifierades i intervjumaterialet användes också på dokumenten. Som ett sista steg jämfördes de logiker som identifierats ur det empiriska materialet i sin helhet med de instanser som rör evidensbasering vilket identifierades i den öppna kodningen. Denna iterativa process av kodning och analys redovisas schematiskt i figur 2.



Figur 2 Flödesschema över kodning och analys av det empiriska materialet.

Resultat

I den första delen av resultatet kommer identifierade logiker i förhållande till SVF:s syfte och funktion att beskrivas. I den andra delen redogörs för samspelet dessa logiker emellan och de förändringar som skett över tid gällande SVF. Den tredje delen av resultatet behandlar hur evidens och vetenskaplig grund relaterar till SVF som fenomen och till de identifierade logikerna.

Identifierade logiker

Ur det empiriska materialet identifierades två övergripande logiker. Den ena handlar om handlingsutrymme och kontroll och benämns agens, den andra logiken handlar om rättvisa Nyckelbegreppen identifierade via textanalysen var patientperspektiv, jämlikhet och tillgänglighet. Agenslogiken relaterar starkt till begreppet patientperspektiv men det finns också en komponent som berör verksamheten. Begreppet jämlikhet är en stor del av rättviselogiken. Områden som rör tillgänglighet finns representerat inom bägge logiker.

Agens

Den första identifierade logiken har fått namnet agens. I denna logik finns patientperspektivet tydligt representerat men det relaterar också till ett verksamhetsperspektiv. Agens är ett begrepp som saknar en väl etablerad definition i sociologi (Galli 2021, s. 3). I den här uppsatsen används agens i bemärkelsen handlingsutrymme som en person[4] har i förhållande till sin egen situation. I detta ingår autonomi. Dels så som autonomi används inom medicinsk etik det vill säga självbestämmande där delaktighet, genom adekvat information och accepterande, är en förutsättning (Nationalencyklopedin u.å.). Dels klinisk autonomi, det vill säga det självbestämmande en kliniker har i förhållande till beslut inom sin yrkesutövning (Timmermans & Berg 2003, s. 84). Utöver handlingsutrymme och autonomi innebär agens i denna uppsats också känsla av kontroll över situationen.

Patientperspektivet nämns återkommande i dokumenten. Redan i *kommittédirektivet om utredning av en nationell cancerstrategi* framförs att vården inte är anpassad för patienten.

> Det finns dock många vittnesbörd och studier som visar att vården inte är organiserad så att den underlättar för patienterna och de anhöriga, exempelvis när det gäller information, kontakter, väntan, förutsägbarhet och tillgänglighet. Samtidigt finns anledning att tro att patienter i framtiden kommer att ställa högre och berättigade krav på kvalitet i service och information. Det är därför angeläget att finna lösningar där vårdkedjan, i högre grad än vad som är fallet i dag, är uppbyggd med hänsyn till patientens behov av kontinuitet, förutsägbarhet, pålitliga besked och tydlig information.
>
> (Dir. 2007:110, s. 7)

Här påpekas en avsaknad av patientperspektivet i vården som organisation och att det är problematiskt i förhållande till patientens behov. Förändringar i den process en cancerpatient genomgår inom vården antas här kunna lösa problemet. Aspekter som information, förutsägbarhet och tilltro nämns som viktiga vilket är att relatera till agens hos patienten. Här framträder också att det finns en rättighet för patienten att begära denna form av trygghet av vården som gäller själva upplevelsen av omhändertagandet i denna vårdprocess. I cancerstrategin uttrycks det som att ”Vidare bör en sammanhållen vårdprocess utan onödiga ledtider vara en självklarhet” (SOU 2009:11, s. 24). Här kan ses vad Mol (1999, s. 85) menar är en representation av att vård är en tjänst som erbjuds vilken

[4] Även icke-mänskliga entiteter kan tillskrivas agens (Latour 1988), men den aspekten kommer inte behandlas i någon större omfattning i den här uppsatsen.

patienten har rätt att ha krav på. Här beskrivs också att sjukvården ger en service vilket också visar på patienten som en konsument av vård (Bacchi 2009, s. 138).

När det gäller det medicinska omhändertagandet beskrivs det i dokumenten att cancervården är förhållandevis god vad gäller medicinska resultat.

> Svensk cancervård presterar över lag mycket goda medicinska resultat i ett internationellt perspektiv och Sverige har i nuläget bland de högsta andelarna överlevare efter cancer i EU. Cancervård handlar dock inte bara om att överleva. Av stor vikt är att patienten och anhöriga har förutsättningarna att både under och efter sjukdom leva ett så gott liv som möjligt. Patienten ska också känna delaktighet i sin egen vård och slippa onödig väntan som kan leda till stress och oro.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 9-10)

Överlevnaden efter cancer är alltså god men som citatet uppger anses inte cancervård bara handla om att patienterna ska överleva utan även att få ett gott liv. Där exemplifieras igen delaktighet som en viktig aspekt av god cancervård. I cancerstrategin framför utredarna att de ”är övertygade om att en patient som är välinformerad om och delaktig i behandlingen känner sig lugnare och får en bättre livskvalitet” (SOU 2009:11, s. 188). Här länkas tydligt ökat välmående hos patienten till agensrelaterade aspekter av adekvat information och delaktighet. Väntan där denna är oönskad redogörs som en faktor som kan leda till stress och oro. Ett antagande här är att en patient blir mer välmående av att processen går snabbare. Det är alltså inte kvalitén på den medicinska behandlingen av cancersjukdomen som sådan som bedöms ligga till grund för patienternas nöjdhet med vården. Problemframställningen här faller därmed inom den sociala synen på hälsa då det är helhetsperspektivet och patientens välmående som ska behjälpas och inte den medicinska behandlingen av sjukdomen (Bacchi 2009, s. 129). Även i intervjuerna lyfts att det inte är det medicinska utfallet som är det SVF åtgärdar.

> SVF startade ju inte för att man skulle … för överlevnaden skulle bli bättre utan det här var rent patientnytta. Att många patienter uttryckte att man inte har någonstans att vända sig när man är under utredning. Och man, ingen vet någonting, inga vet vart man ska vända sig, eller nån har liksom inte helhetsansvaret. Det har vi nu när vi har SVF:n på ett helt annat sätt än vad vi hade förr.
>
> Intervjuperson V

Innan införandet av SVF beskrivs här hur patienter upplevde låg kontroll och ovisshet under utredning av sin cancersjukdom. SVF tillskrivs ha gett patienterna en ökad agens. Detta ligger också i linje med de berättigade krav som beskrivs i kommittédirektivet ovan. När det gäller ökad agens för patienten skrivs det i cancerstrategin fram att det ger minskad agens för vårdgivaren.

> En annan, relativt självklar iakttagelse är att patientfokus handlar om förskjutning av makt från vårdens kunskapseliter till lekmän/patienter. […] Denna demokratisering av vården innebär att patienten inte nöjer sig med att informeras om sin sjukdom och behandling, utan kräver att, i samarbete med vårdpersonalen, få påverka vårdens innehåll och utformning.
>
> (SOU 2009:11, s. 177)

Här förutspås en förskjutning av makt från vårdgivarna till patienten med ett patientfokuserat förhållningssätt där det inte enbart är information som efterfrågas av patienter utan även påverkansmöjligheter, med andra ord ökat handlingsutrymme för patienten. Att ökad makt för en

grupp per automatik innebär minskad makt för en annan grupp är något som Bacchi (2009, s. 37-38) ifrågasätter. Hon menar att makt är en produktiv snarare än en restriktiv kraft och det är handlingsprogrammens problemframställningar som formerar makt. I det empiriska materialet framkommer inte att SVF ger patienten ökade påverkansmöjligheter utan agensen ökar genom känslan av kontroll, inte genom valmöjligheter. När det i intervjuerna framkommer en maktlöshet hos vårdpersonalen är det inte i förhållande till patientens handlingsutrymme utan att de bedöms för något de inte kan påverka.

> då blir det också svårt för verksamheten att veta vart vi brister någonstans om vi ska förhålla oss från att när remissen skrivs. Det kan ta ett tag innan den faktiskt skickas och kommer in i vårat system och om remissen skrivs, vi säger nu den 10:e, den ankommer den 15:e, vi har tre dagar på oss att göra svaret, då har vi ju redan, vi har ju redan gått, vi har ju redan misslyckats.
>
> Intervjuperson III

Att vårdförloppet sträcker sig över flera enheter men att ledtiderna bedöms oberoende av var den felande länken är upplevs som en brist på kontroll. Denna minskade agens är i förhållande till systemets uppbyggnad snarare än en ökad agens hos patienten. Intervjupersonerna pratar återkommande om att de olika enheterna är beroende av varandra för att klara ledtiderna. Som nämnt kan det ge upphov till minskad agens men det framförs också att SVF kan bidra till ökat handlingsutrymme.

> SVF i sig som enskild så fungerar det ganska väl om man kan få de olika enheterna som är inblandade, för de flesta processer har ju olika kliniker inblandade i sig och om man kan få dem att samarbeta om man kan få, kanske använda SVF-processen som ett sätt att sätta press på. Om vi äger processen så kan vi sätta press på [andra enheter] att, att vi behöver på grund av de här sakerna vässa oss. Då kan det vara effektivt, och det kan också vara effektivt på centrala positioner i förvaltningen att uppmärksamma och hjälpa till med det och att man, att man ser att detta är en multidisciplinär angelägenhet då, där tror jag faktiskt att SVF … kan vara bra. […] vi kan använda oss av detta som ett påtryckningsmedel både direkt på de klinikerna för å skärpa sig men … också högre upp, att man kan få gehör från kanske till och med direktörsnivå och vända det och få hjälp att sätta press
>
> Intervjuperson II

SVF kan alltså användas som ett förhandlingsverktyg för att få igenom förändringar som gynnar den egna verksamheten. Genom att visa på brister när det gäller följsamhet till ledtider motiverar man åtgärder. Här kan dras paralleller till det som Timmermans och Berg (2003, s. 70) beskriver om att standarder används i de fall de är till nytta för att uppnå något, men inte nödvändigtvis med det syfte som standarden är till för. I det här fallet är det alltså en förbättring av verksamheten, och inte primärt patientnyttan, som beskrivs positivt med SVF. Agenslogiken är dock representerad i form av att det stärker verksamhetens handlingsutrymme. I intervjumaterialet kan man också se en viss skillnad mellan de intervjupersoner som varit aktiva i införandet av SVF och de som varit passiva mottagare i relation till upplevd agens. Agens i form av deltagande kommunikation (participatory communication) beskriver Mæhle och Smeland (2021, s. 1345) som en förutsättning vid införandet av SVF. Denna skillnad kan vara ett uttryck för multipla SVF, de som arbetade med processens införande och de som stod utanför skapade relaterade men separata verkligheter där SVF är samma men ändå annorlunda vilket ger olika uttryck av agens (Mol 1999, s. 83).

I dokumenten beskrivs uppdelning mellan olika vårdverksamheter och enheter som fragmentering eller stuprör. Det framställs som något som skapar problem i förhållande till patienter, särskilt i övergångar från en enhet till en annan (SOU 2009:11, s. 175). Denna brist på kommunikation i kedjan framkommer också hos de intervjuade.

> Man kan bara titta på sig själv om man får, blir sjuk i någonting, hur mycket man skulle vilja vänta och hur mycket man skulle vilja, undra om, om det har kommit fram en remiss eller om det har försvunnit någonstans på grund av … mänskliga faktorn till exempel eller det har missats eller det har glömts, eller så. […] Patienter pratar nästan alltid om väntetider… rädsla för att glömmas bort, falla mellan stolar, mellan olika enheter…. Det är det som många är mest rädda för.
>
> Intervjuperson I

Här framkommer även patientperspektivet både igenom exemplifiering hur hen själv skulle uppleva det men även uppfattningen av patienternas rädslor. Här framkommer en brist på kontroll och maktlöshet i situationen som patient. Citatet exemplifierar också hur tid får representera något annat, rädslan handlar om att glömmas bort men fokus ligger på väntetiden. Tid där man inte vet något. Det beskrivs i intervjuerna också en annan tid, där patienten är informerad av vad tiden ska användas till, och den tiden är inte av ondo.

> Det blir mer förutsägbart för patienten också. Egentligen spelar kanske inte tiderna jättestor roll, eller jag menar några dar hit eller dit, spelar inte så stor roll bara man vet vad som ska ske och när det ska ske, nästa steg. […] De här stegen förväntas, ungefär den här tiden kommer vara ditt nästa steg.
>
> Intervjuperson IV

Citatet visar också på att den faktiska tiden, de gränser som finns, inte är den stora poängen. Det är i stället att ha kunskap om vad som händer och kontroll över situationen som var det man ville tillföra. Det visar på en agenslogik som en del av det som ligger bakom införandet av SVF som en av cancerstrategins åtgärder syftande till att stärka patientperspektivet.

Rättvisa

Den andra logiken som framkommer i materialet är den om rättvisa. Denna grund till handlande visar sig på flera nivåer. När det gäller de identifierade begreppen jämlikhet och tillgänglighet så är det ett stort fokus mellan och inom cancerdiagnoser. På den mer övergripande nivån gäller det cancervård i förhållande till annan vård. Utöver detta finns även en aspekt av rättvis fördelning.

När SVF införs i och med överenskommelsen 2015 har cancerstrategin redan varit verksam i fem år och flera insatser för att skapa patientfokuserad och jämlik vård har införts. Ett av de kvarvarande problemen beskrivs vara långa och varierande väntetider.

> För flera cancerformer får patienten i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar av landet. Inget landsting har dock genomgående långa väntetider och det är inte samma landsting som ligger i toppen respektive botten. Skillnaderna mellan landstingen indikerar att det finns potential att förbättra tillgängligheten generellt genom bl.a. utvecklade arbetssätt.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2015, s. 5)

Här uppmärksammas kvarvarande långa väntetider som inte åtgärdats av tidigare insatser, det identifieras som något som kan lösas genom förändrade arbetssätt. Att det ser olika ut i olika regioner

problematiseras alltså här som att det är beroende på att de arbetar olika. Fokus läggs på hur man arbetar och att det kan lösas genom att ändra arbetssätt. Här syns det som Bacchi (2009, s. xvi) menar är det dominerande inom politiska åtgärder, att man fokuserar på vad som görs och hur man ska få det att fungera. Inte på att förutsättningarna i regionerna i relation till olika cancerformer kan vara annorlunda. Det arbetssätt som föreslås vara lösningen på de långa och varierande tiderna är ett nationellt standardiserat förhållningssätt.

> Målet med regeringens cancersatsning och denna överenskommelse är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. På så sätt skapas en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet. Det handlar i första hand om att förkorta vårdförloppet mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp
>
> (Socialdepartementet & SKR 2015, s. 5)

Problemframställningen som framkommer i de två citaten likställer tillgänglighet med tid till behandling. Den tid som eventuellt sker innan, mellan att en cancer skulle kunna upptäckas tills att den gör det, finns inte representerad. I intervjumaterialet framkommer att SVF fått en effekt även på denna tid. En av intervjupersonerna exemplifierar att det tidigare ofta dröjde innan en ovanlig cancer upptäcktes även om patienten hade kontakt med vården.

> det gäller att hitta de där så SVF:n gör nog, och de larmsymtomen det finns, att man är mer medveten i alla fall om att inte missa patienter och på kolorektal där är ju blod i avföringen, det, det är en lättare väg att få en koloskopi tillexempel … på bröstcancer, knöl, knöl i bröstet eller nått på mammografin, det går fortare än att det ska vara de här långa remissvägarna, och framför allt är det en vinst för patienten.
>
> Intervjuperson I

Citatet redogör att vanligare cancerformer redan tidigare haft tydliga ingångar till cancervården men att med SVF har detta tillkommit även för mer ovanliga former. Med vårdförloppens kriterier för skälig misstanke om cancer framhålls att förhållandet mellan cancerdiagnoser därmed blivit mer rättvist.

Cancerstrategin lyfter fram att generella problem inom sjukvården är särskilt problematiska för cancerpatienter.

> Det finns dock problem med sjukvårdens fragmentering, långa och varierande väntetider och allmän avsaknad av patientfokus. Dessa problem är i och för sig inte unika för cancervård, men de kan bli särskilt påtagliga för cancerpatienter, eftersom sjukdomsförloppet ofta är långt och berör många olika discipliner.
>
> (SOU 2009:11, s. 23)

Citatet syftar till att motivera de åtgärder som behövs på cancerområdet. Detta utifrån att gruppen cancerpatienter är särskilt utsatta för konsekvenserna av sjukvårdens brister. Bacchi (2009, s. 45) menar att när en grupp gynnas i handlingsprogram så innebär det ofta att andra grupper missgynnas. SVF är en åtgärd i cancervården, det vill säga all annan form av sjukdom och lidande utesluts. I alla intervjuer nämns undanträngningseffekterna som innebär att den benigna vården, den vård som inte är cancerpatienter, får stå tillbaka.

> det trycker undan annan vård. Annan vård får stå tillbaka på grund av SVF:n och där, det är en problematik. … med de och det är en ganska väl medveten om … men …det är också viktigt att utreda skyndsamt när man har misstanke om cancer, cancer är en akut sjukdom.
>
> Intervjuperson V

Citatet ovan och det faktum att alla intervjuade nämner att övrig vård får stå tillbaka visar på att det är en känd företeelse. I de granskade dokumenten är detta inget som nämns. Citat ovan redogör också för cancer som en särställd grupp med behov av snabb utredning, vilket kan länkas till logiken om tidig diagnos (Damhus et al. 2024). I flera av intervjuerna framkommer även ett ifrågasättande av cancerpatienter som en priviligierad grupp.

> Alltså det som är bra, det är ju ändå att man kan börja ställa om och liksom tänka kring andra flöden på samma sätt, även om det inte är en cancermisstanke, att det finns ju andra tillstånd som en människa kan drabbas av som också skapar ett lidande och, att ändå få igång, så att det här med, liksom att ändå skapa… att vi fokuserar på att avsätta tider för speciella flöden, det är en positiv … men på samma gång tänker jag också, och det är ju rent personligt liksom att, … varför blir cancer mer relevant än någonting annat som också orsakar stort lidande?
>
> Intervjuperson III

Citatet ovan visar också en annan aspekt av rättvisa i förhållandet mellan cancervård och annan vård, det att SVF borde finnas och gynna även andra grupper. I flera av intervjuerna uttrycks en vilja att fördelarna med standardisering och förändringar i arbetssätt som införandet av SVF inneburit ska bli till nytta även för andra patientgrupper.

Men även inom gruppen cancerpatienter finns det vissa som inte får plats inom SVF. Bacchi (2009, s. 45) menar att problemframställning bidrar till att differentiera mellan sociala grupper och att det ofta sker enligt ett återkommande och förutsägbart mönster. Detta innebär att redan svaga grupper fortsätter att vara utsatta. SVF är tänkt att bidra till jämlikheten men intervjupersonerna uttrycker en oro för de som inte ingår, cancerpatienter likväl som andra patienter.

> Det som händer är ju framför allt att, alltså, dels har vi ju cancrar som inte ingår i ett SVF-förlopp, det kanske är den allra värsta delen, de är ju inte så många nu men, … och sen har du ju den, den benigna verksamheten, folk som lider. Sen har du ju dem som kanske har en cancer men som inte uppfyller SVF-kriterierna, riskerar också att hamna i en kö som blir längre och där, så det finns ju flera potentiella förlorare men där har vi ju inte full koll på hur stora de är.
>
> Intervjuperson II

Det är dock delade meningar om det är ett bekymmer eller inte. En av intervjupersonerna tar exempelvis upp att tanken inte är att alla ska ingå i förloppen, exempelvis äldre eller andra som behöver inneliggande vård för utredning, och det är en anledning till att målet inte är satt till att alla ska ingå i ett vårdförlopp. En annan aspekt som framkommer i intervjumaterialet är att det kan bli svårt för vissa patienter, eller patientgrupper, när det går för fort.

> [Det har] gått för fort för patienten ibland, de hinner inte med att reagera, nästa dag ska de vara på, alltså det ligger så tätt … på de diagnoser där det ligger väldig, väldigt tätt, de olika momenten, hinner patienten inte, de hinner inte med skulle jag säga, de hinner inte reagera, de, ofta blir det ju en

> chock och en krisreaktion sådär, och, det är viktigt att tänka att det, att patienten måste hinna med Jag har inte något sådant problem med mina diagnoser, för där har man mer, där behöver man ha av olika andra anledningar tid tillexempel att förbereda
>
> Intervjuperson I

De korta tidsintervall som SVF förordar, så kort som är möjligt, problematiseras här att för att i relation till vissa cancerdiagnoser går det *för* fort. Här uppstår ett problem med jämlikheten i det att alla sätts i samma mall. För även om ledtiderna är diagnosanpassade är de alla satta utefter att vara så korta som möjligt. Överlag är den bild som framgår i intervjuerna att patienterna är nöjda med tiderna så som det är i dagsläget.

> när man läser vad patienterna skriver, vilket vi gör, så tycker de ju att utredningarna går snabbt och fort, och de är de allra flesta faktiskt nöjda med. Så att jag tror att SVF-förloppen bidrar till nöjdare patienter. … Sen får man ju fundera på om det är, hur viktigt det … är
>
> Intervjuperson II

Här framkommer en annan aspekt av rättvisa som handlar om en jämvikt mellan olika värden. I intervjumaterialet är dessa ofta uppdelade mellan ett strikt medicinskt och ett bredare synsätt på hälsa. Det finns dock även en sammanblandning av dessa.

> livskvalitet är också medicinskt motiverat, att jag har så hög livskvalitet som möjligt och det har jag inte om jag inte vet vad som händer och inte vet hur länge jag ska vänta och oron kan ju leda till att det blir längre sjukskrivning, att man inte klarar av att jobba, att man får ångest och så vidare, så det, på det sättet är det också medicinskt motiverat
>
> Intervjuperson IV

I cancerstrategin finns ett stycke om fördelning mellan olika värden och dimensioner inom god vård.

> Kraven på en mer holistisk och patientfokuserad vård ska självfallet matchas med krav på att resurserna ska användas så effektivt som möjligt. Strävan efter en mer patientfokuserad vård får inte heller gå ut över de andra dimensionerna av god vård, såsom vårdens medicinska kvalitet och patientsäkerhet.
>
> (SOU 2009:11, s. 177)

Här vill man alltså föra fram en mer patientfokuserad vård, utan att den för den sakens skull får kosta för mycket. Den får inte heller väga tyngre än det medicinska. Den patientfokuserade vård som efterfrågas ska inte ta för stor plats.

Samspel och förändring

De logiker som identifierats har gjorts utifrån hela det empiriska materialet som sträcker sig från 2007 och till idag. Logiker samspelar och kan över tid förändras, ersättas eller försvinna (Besharov & Smith 2014). I det här avsnittet kommer jag belysa den förändring som framkommer framför allt i dokumentmaterialet och relatera det till de identifierade logikerna.

Grundtankarna om vad som senare blir ett standardiserat vårdförlopp fanns med redan i kommitté-direktivet men det är först i cancerstrategin som behovet av systemet beskrivs.

> När sjukvården misstänker cancersjukdom ska åtgärder vidtas utan dröjsmål. En välfungerande vårdkedja från primärvård till diagnostik och avancerad behandling och rehabilitering är av betydelse för cancervårdens utfall. Tiden mellan första besök och diagnos kan ibland innebära stor psykisk belastning för berörda patienter. Väntan på inledning av behandling utgör ett annat stort stressmoment.
>
> Det finns ett stort behov av ett system för beskrivning, normering och uppföljning av ledtiderna i cancervården.
>
> (SOU 2009:11, s. 190)

Citatet redogör för att ett system som reglerar och följer upp ledtiderna behöver införas. Här beskrivs vikten av tid i förhållande både till det medicinska utfallet och patienternas välmående. Även om det inte tydligt framgår här, så är det i övriga delar av dokumenten och som redogjorts för tidigare i analysen, ett patientperspektiv där patientens information och kontroll är av vikt. Det är en agenslogik. På flera ställen i cancerstrategin så redogörs för att man, då dokumentet fastställs, inte vet hur läget faktiskt är med ledtiderna inom cancervården på ett övergripande plan. Det är först när denna genomgång är klar ett par år senare som SVF införs genom överenskommelsen om *Kortare väntetider i cancervården* (Socialdepartementet & SKR 2015).

Alla de granskade överenskommelserna har ett avsnitt som redogör för den totala summa som avsätts och syftet för insatserna som helhet. För 2015 var syftet att ”korta väntetiderna i cancervården och göra den mer jämlik” (Socialdepartementet & SKR 2015, s. 8). I överenskommelsen 2019 har detta omformulerats till att syftet är att ”förbättra tillgänglighet och omhändertagande inom cancervården ***genom*** att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna” (Socialdepartementet & SKR 2019b, s. 15, emfas tillagt). Från att i början ha varit målet med insatserna, att korta väntetider och göra det lika över landet, har dessa åtgärder i stället förskjutits till att bli ett medel för att uppnå andra mål, såsom tillgänglighet och omhändertagande.

Formuleringen från överenskommelsen för 2019 kvarstår men får tillägg redan i den för 2020[5] med orden jämlikheten och effektiviteten vilka också läggs även till i titeln på överenskommelsen, se tabell 1. I formuleringen 2024 har ytterligare en aspekt lagts till och överenskommelsen lyder därmed:

> insatser som syftar till att förbättra **jämlikheten*, jämställdheten,*** **effektiviteten**, tillgänglighet och omhändertagande inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 22, fetstil är förändring i formuleringen jämfört med 2019, kursiverat är förändring mellan 2020 och 2024).

Med tiden tilldelas fler och fler positiva bidrag som kortare väntetider och minskade skillnader ska bidra med. Jämlikhet, och senare även jämställdhet, har fokus i överenskommelsens syfte, därmed relaterar denna främst till rättviselogiken. Någon agenslogik framträder inte, varken i form av ökad delaktighet eller handlingsutrymme. Då SVF reglerar vilka undersökningar som ska utföras och när senast start av behandling ska inledas skapas det inte valmöjligheter, varken för patienten eller personal. Det är därmed inte ett uttryck för det Mol (2008) beskriver som en vallogik. Det är samtidigt inte framträdande i materialet att SVF skulle vara ett uttryck för en omsorgslogik heller men det finns ett antagande om en korrelation där kortare

[5] Överenskommelsen för 2019 och överenskommelsen för 2020 beslutas båda om under 2019 med ett par månaders mellanrum. Överenskommelserna har i regel beslutats om i slutet av året innan de gäller. Att överenskommelsen för 2019 inte beslutas om förrän i juni innevarande år är troligen på grund av det rådande politiska läget där, efter valet 2018, en ny regering inte tillträdde förrän i januari 2019.

väntetider innebär bättre omhändertagande. Genom att fastslå väntetider som gäller i hela landet, och göra dessa så korta som möjligt, förutsätts att det ska skapa jämlikhet. Här antas också att fokus på kortare tider ger ett mer välorganiserat samarbete vilket framkommer när syftet med själva SVF presenteras.

> Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. På så sätt ska patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården förbättras och vården ska bli mer jämlik.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2015, s. 6)

Rättviselogiken, genom sin jämlikhet, blir tydlig här. Däremot så är inte agenslogiken särskilt framträdande i överenskommelsen från 2015. Syftet för SVF kvarstår i princip oförändrad 2019–2020 men i dessa överenskommelser ökar igen skrivningarna om patientperspektivet.

> Ett gott samspel mellan patient och vårdgivare som bygger på tillförlitlig information och öppen kommunikation ökar patientens välbefinnande och förutsättningarna för goda resultat. Patienter ska också kunna förvänta sig sammanhållna och förutsägbara vårdförlopp i cancervården oavsett var i landet man bor. Dessa vårdförlopp ska inte innehålla några onödiga väntetider. För att svara upp mot dessa behov har satsningen på standardiserade vårdförlopp gjorts.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2019a, s. 14)

Här finns agenslogiken representerad i form av kontroll över sin situation genom information och förutsägbarhet. Rättviselogiken framträder också genom att det ska vara lika över landet. Dessa två logiker visar alltså ett samspel relaterat till den åtgärd, SVF, som införts för att säkerställa att patienternas behov på dessa områden tillgodoses. Dessa två logiker är därmed kompatibla (Besharov & Smith 2014).

I den senaste överenskommelsen har även agens i form av delaktighet i relation till åtgärden SVF förtydligats och man trycker på att patienten behöver stöd.

> För att SVF ska öka patientens delaktighet i sin sjukvårdsresa krävs ett processorienterat arbetssätt och tillgång till kontaktsjuksköterskor som kan guida patienterna genom processen.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 10)

Här framkommer att agens för patienten inte tillkommit på det sätt man hoppats med SVF utan behöver kombineras med åtgärden av kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterska var en åtgärd som föreslogs redan innan SVF kom i kraft. SVF är alltså inte en ensam del utan samverkar också med andra handlingsprograms åtgärder som alla har bidragande logiker som behöver koordineras (Bacchi 2009).

Tabell 2 Fördelning av medel per överenskommelse och åtgärd

Åtgärd	Dokument	Medel
Överenskommelse som helhet	Överenskommelsen 2015, Överenskommelsen 2019, Överenskommelsen 2020, Överenskommelsen 2024	444,5 miljoner 446 miljoner 447 miljoner 809 miljoner
Enskilda åtgärder*	**Dokument**	**Summa av totala medel**
Ett gemensamt system med standardiserat vårdförlopp	Överenskommelsen 2015, Överenskommelsen 2019, Överenskommelsen 2020, Överenskommelsen 2024	413 miljoner (93 %) 340 miljoner (76 %) 320 miljoner (72 %) 365 miljoner (45 %)
RCC i samverkan, nationellt stöd	Överenskommelsen 2015, Överenskommelsen 2019, Överenskommelsen 2020, Överenskommelsen 2024	9 miljoner (2 %) 9 miljoner (2 %) 9 miljoner (2 %) 12 miljoner (1 %)
RCC, regionalt stöd	Överenskommelsen 2015, Överenskommelsen 2019, Överenskommelsen 2020, Överenskommelsen 2024	12 miljoner (3 %) 18 miljoner (4 %) 16 miljoner (4 %) 28 miljoner (3 %)
Särskild satsning radiologi och patologi	Överenskommelsen 2024	120 miljoner (15 %) Fördelat lika på verksamheterna

*Enbart åtgärder relaterat till SVF redovisat, totalsumman för redovisade åtgärder blir därför lägre än summan för Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen som gäller alla åtgärder i överenskommelsen.

Som åtgärd beskrivs SVF som den viktigaste för ”att förbättra tillgängligheten inom cancervården” (Socialdepartementet & SKR 2015, s. 5; Socialdepartementet & SKR 2019b, s. 8) respektive ”för att korta väntetiderna i cancervården” (Socialdepartementet 2018, s. 18). I överenskommelsen för 2024 benämns i stället SVF som ”ett av de viktigaste verktygen” för arbetet med tillgängligheten och det finns inte längre ett avsnitt som förklarar vad SVF är och dess syfte (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 10). Denna förändring kan tyda på att SVF som koncept numera tas för givet. Det går också att se tecken på det om man ser till åtgärder och de medel de tilldelas (tabell 2). Andelen av den totala summan som läggs på arbetet med SVF har sjunkit över tid och mer än halverats från första till senaste överenskommelsen. Andelen som går till RCC och RCC i samverkan har däremot legat stabilt över tid. En stor del av medlen i överenskommelsen går alltså i dagsläget till åtgärder som inte rör SVF direkt.

Det går även att se en förskjutning av åtgärdernas innehåll. Specificerade åtgärder som i de tidigare överenskommelserna handlade om kommunikation och utbildning om insatsen har förändrats till att i stället gälla måluppföljning. Krav för att få ta del av medel i överenskommelsen 2020 är att resultat i förhållande till inklusionsmålet (70 % av patienterna ska ingå) och ledtidsmålet (80 % ska göra det inom ledtiderna) ska finnas med, för överenskommelsen 2024 finns krav på att uppfylla inklusionsmålet för medelstilldelning (Socialdepartementet & SKR 2019a, s. 15; Socialdepartementet & SKR 2023, s. 23). Där RCC:s och RCC i samverkans roll i början varit att stödja införandet av SVF har uppgifterna över tid blivit alltmer fokuserade på följsamhet och kvalitetssäkring av inrapporterade data. Insatserna gäller nu inte SVF som helhet utan punktinsatser för optimering genom exempelvis satsningen på radiologi och patologi och kartläggning av de längsta väntetiderna. En fokusförflyttning

har alltså skett från att införa till att utföra. Att SVF accepterats och att de ekonomiska insatserna gett effekt framkommer även i intervjumaterialet.

> det var väldigt mycket pengar under de här 4 åren där det var projektform … men det var man ju tvungen att göra för det var ju en jättestor satsning liksom. Så det är klart, vad som har hänt är ju att, … att SVF är ju ändå prioriterade man gör detta å, och det, det är ett självklart arbetssätt. Så det är klart…det är ju bra, det har liksom satt sig, det är ett arbetssätt som satt sig i vården.
>
> Intervjuperson V

Mätningen av ledtiderna och deras respektive mål har också blivit gällande. Här kan alltså ses en förskjutning av argumenten från en verklighet till en annan (Mol 1999, s. 80). Från de underliggande logikerna (agens och rättvisa) till ett mätresultat, en proxy som har blivit tid. Här är det framför allt rättviselogiken som blivit gällande. Genom mätning kan man jämföra och sätta krav på följsamhet. Det har gjort att något komplext har reducerats till något enkelt, vilket är något som blir en följd av problemframställningen som har behov av att vara konkret (Bacchi 2009, s. xii). Det finns ett tredje huvudmål med SVF, det är patientnöjdhet, där ingen större skillnad har noterats över tid i mätningarna.

> Alltså innan SVF infördes så gick man inte ut och frågade alla patienter hur pass nöjda är man nu, så att vi har liksom inget, inget noll-streck, men däremot så har man sen, sen SVF startade så har man skickat ut sånna här PREM-enkäter. [Patient reported experience measurement]-enkäter och här kan vi ju se att egentligen, det har hänt ganska lite … i de här olika dimensionerna. Tillexempel tillgänglighet som de flesta patienter är ganska nöjda med sen är vi ju sämre på delaktighet och bemötande och det är vi fortfarande sämst på men där har det blivit lite, lite bättre. Annars, annars är det ungefär samma … samma siffror år från år.
>
> Intervjuperson IV

Någon operationaliserad måluppfyllelse finns inte för målet om patientnöjdhet. I överenskommelsen 2024 finns krav att PREM-enkäterna används (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 23) och i övrigt ska det redovisas hur dessa används som underlag i förbättringsarbete. Att detta mål inte operationaliserats kan tyda på att vad som räknas som godtagbar nöjdhet är svårt att definiera. Det framkommer i intervjuerna en svårighet i att mäta nöjdhet men också att det är ett viktigt mått. En översyn och eventuell revidering av enkäten åläggs RCC i samverkan i överenskommelsen för 2024 (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 12).

När SVF införs så klargörs att ”Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid” (Socialdepartementet & SKR 2015, s. 6). Vad värdeskapande tid innebär definieras inte. När intervjupersonerna beskriver värdeskapande tid framkommer en aspekt som relaterar till en agens, nämligen att det handlar om att veta vad man väntar på och varför. Den tid som går ska också användas till sådant som är till nytta för patienten. I senare dokument är ledtiderna beskrivna utifrån medicinsk kvalitet och patientsäkerhet, men inte det medicinska utfallet.

> Ledtiderna i vårdförloppen anger hur många kalenderdagar som åtgår för att med god kvalitet och säkerhet utföra alla nödvändiga moment i en utredning, under förutsättning att det inte förekommer någon kötid eller andra

> organisatoriska fördröjningar. Ett standardiserat vårdförlopp ska alltså ta så lång tid det behöver ta, men inte innehålla några onödiga väntetider.
>
> (Socialdepartementet & SKR 2019a, s. 10; Socialdepartementet & SKR 2019b, s. 8-9)

Att ledtiderna blir det som mäts och att dessa är satta för optimala förhållanden har också troligen gjort att det har blivit stort fokus på aspekten tid när det kommer till SVF.

> De centrala delarna av SVF som jag uppfattar det är ju tid, det är det man har varit ute efter. Det har ju inte varit något annat som jag förstår som, man vill att det ska gå fort och det har ju vart, … vi som profession har ju ställt oss lite tveksam till om det verkligen är överordnat allt. … men det är ju det som jag har uppfattat SVF är till för, att det ska gå fort.
>
> Intervjuperson II

Citatet här visar att tid har varit det som uppfattas som syftet med SVF. Agensen har fallit bort till stora delar. Alla intervjupersoner resonerar om tid på frågan om de centrala delarna av SVF. En annan återkommande punkt gäller diagnostisering, att upptäcka cancern, men även här handlar det om tid. Att diagnostisera så snabbt som möjligt är i linje med logiken tidig diagnostik (Damhus et al. 2024). Där bidrar SVF genom sina kriterier om välgrundad misstanke.

> Ledtiderna … tycker jag är … bland det viktigaste men också att det finns, en … röd lampa som lyser om patienten söker tillexempel på vårdcentralen … med symtom då, alarmsymtom, som är väldigt tydligt … beskrivna då … då går det fortare
>
> Intervjuperson I

Även om det inte enbart är tidsgränserna i sig som framförs vara av vikt i citatet ovan så är det ändå ett fokus på tiden. En av intervjupersonerna ger ett avvikande svar mindre fokuserat på tid.

> De centrala delarna är att patienten ska få en, en trygg utredning, de ska vara delaktiga, de ska vara välinformerade, … de ska utredas skyndsamt. … Och de ska få också stöttning...
>
> Intervjuperson V

Tid framkommer som en aspekt även i det här svaret, genom att utredning ska ske skyndsamt, men huvudfokuset ligger mer i relation till agenslogiken, trygghet, delaktighet och information. I dokumenten så avspeglas mer en samverkan mellan en agensbetonad och en rättvisebetonad logik i förhållande till SVF:s syfte. När det gäller intervjupersonerna är det alltså framför allt ledtider och diagnostisering som är avgörande. I det är det mer en koppling till rättviseaspekten. Om man ser till vad intervjupersonerna uppger att SVF gett upphov till framkommer mer av de effekter som i dokumenten antagits att SVF skulle bidra med, exempelvis bättre samverkan.

> i en väldigt slimmad verksamhet som all sjukvård är idag så måste man organisera sig tro jag … vi jobbar mer effektivt om man har upparbetade relationer, upparbetade vägar, och det är ju egentligen det som standardiserade vårdförlopp är
>
> Intervjuperson I

Men det finns även en annan aspekt där den tänkta agensen, patientens kontroll genom exempelvis delaktighet och information, har fått ge vika för fokuset på tid. Exempelvis nämns att på grund av

tidsgränserna har ett andra läkarbesök som erbjöds patienterna tidigare tagits bort för att hinna med ledtiderna. Det visar på att agensaspekten har fått ge vika för snabbheten men det här är inte i sig en motvikt mot rättviseaspekten. Här framträder istället en annan logik, den som säger att väntan är av ondo, som en förlängning av logiken av tidig cancerdiagnostik till alla cancerrelaterade ledtider (Damhus et al. 2024, s. 3).

> de är ju satt utifrån de bästa av världar oavsett liksom… man tänkte inte alls på resurser utan man bara satte hur snabbt kan ni analysera PAD, hur snabbt kan vi få röntgen och så vidare och så fick man en ledtid på det och det är klart att det, det, det… fungerar inte så verkligheten liksom, det ….
>
> Intervjuperson V

Citatet visar på en uppgivenhet inför den rådande situationen. Intervjupersonerna redogör för att resursbristen och ett pressat läge för vården gör att man inte kan följa alla riktlinjer, även om man skulle vilja. I överenskommelsen 2024 så anges också att det är en högt uppsatt målbild men att förändrade arbetssätt i kombination med ny teknik och kompetens kan lösa detta (Socialdepartementet & SKR 2023, s. 10). Problemet är alltså fortfarande arbetssätten. Hos intervjupersonerna så är det mer ett ifrågasättande om det inte är mätningen, målen, kriterierna för vilka som ska ingå i ett förlopp eller tidsgränserna för ledtiderna som behöver förändras. En av intervjupersonerna framför dock att även om man inte kunnat se en förbättring över tid så har man inte heller sett en försämring.

> Tillgänglighetsproblematiken i hela vården har blivit värre och värre… och då har det blivit svårare och svårare för SVF och då har de här tiderna också upplevts som lite omöjliga och då har det blivit en negativ…. spiral av det att man inte klarar, alltså man ser inte att det går framåt, ibland kan det vara så att… att det inte har blivit jättemycket sämre, är också, … egentligen väldigt positivt men det är ju svårt att känna så …
>
> Intervjuperson IV

Citatet redogör för att det kan vara en falsk bild av att det inte går framåt, i relation till övriga vården så är ingen försämring ändå en förbättring. Men det innebär också att övriga vården har hamnat efter cancervården. Detta visar att en effekt av att förbättra för en grupp kan resultera i negativa konsekvenser för en relaterad grupp som inte omfattas av åtgärden (Bacchi 2009, s. 45).

Evidensens roll

Den första åtgärden relaterad till SVF som tilldelas medel är till försöksverksamheter under åren 2010–2012 med syfte att undersöka utformning av en sammanhållen vårdkedja och ett stärkt patientperspektiv (SOU 2009:11, s. 194-195).

> De försöksverksamheter som ska finansieras ska omfatta åtgärder för att åstadkomma en bättre integrerad cancervård, öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet samt minska väntetider/ledtider i cancervården.
>
> (SOU 2009:11, s. 196)

Försöksverksamheten här har stort fokus på patientperspektivet och agens. Det föreslås försök gällande bättre kommunikation och information, möjlighet till deltagande i beslut, både gällande den egna vården men också cancervården som helhet genom inflytande på beslutsfattande nivåer hos verksamheter och huvudmän. Några konkreta förslag om försök avseende väntetider tas inte upp. Däremot förordas att en ersättningsmodell prövas.

> En försöksverksamhet med ersättningsmodell kan också pröva att utveckla beskrivningssystemen i vårdens olika delar för att få bättre och jämförbara statistikunderlag avseende innehåll, aktiviteter/åtgärder och för kostnadsredovisning med målsättning att finna en generellt tillämpbar användning i riket.
>
> (SOU 2009:11, s. 197)

Denna ersättningsmodell kan knytas till en rättviselogik då den förordar jämförbar mätning på nationell nivå. Det finns även en betoning på resursanvändning. SVF kan antas ha blivit en sådan ersättningsmodell där utbetalning av medel till regionerna enbart sker om ställda krav uppfylls. Anledningen till att en försöksverksamhet för ersättning föreslås är för att det saknas evidens för hur ett ersättningssystem ska utformas (SOU 2009:11, s. 183).

Försöksverksamhet för patientanpassning av cancervården omskrivs även i kommittédirektivet 2007 (Dir. 2007:110, s. 7). I båda dokumenten betonas vikten av att försöksverksamheten ska utföras i linje med vetenskapliga kriterier.

> Eftersom försöksverksamheternas syfte är att åstadkomma en mer patientfokuserad och sammanhållen cancervård, bör särskilda krav ställas avseende relevant vetenskaplig metodik för uppföljning och utvärdering. Centralt är att studera och redovisa hur de genomförda åtgärderna påverkar cancervården sett med patientens glasögon.
>
> (SOU 2009:11, s. 197)

Här förordas ett vetenskapligt förhållningssätt med ett patientperspektiv. Det är inte tydligt framskrivet om vad denna vetenskapliga metodologi som förordas är men avsnittet som föregick förslagen behandlade evidensbaserade åtgärder i förhållande till patientperspektivet. Det är därför troligt med tanke på evidensbaserad medicins ställning inom hälso-och sjukvården att det är någon form av kontrollerad och om möjligt randomiserad studieform (Knaapen 2013, s. 683). Att det vetenskapliga är av vikt märks också genom att en separat kravställning om försöksverksamhetens innehåll och utformning lämnats[6]. Försöksverksamheterna pågick 2010–2012 och slutrapporteras 2013[7]. I överenskommelserna refereras inte till försöksverksamheter. Det är därför oklart hur kopplingen mellan dessa försöksverksamheter och SVF kan vara. I intervjumaterial så ifrågasätts det vetenskapliga underlaget.

> Det, det som jag tycker är det mest problematiska med SVF är att det är en kraftig standardisering som inte riktigt vilar på nån bred vetenskaplig grund. Vi gör saker… för att vi tror…, på väldigt lösa boliner, att det här är någonting som är bra och som våra patienter efterfrågar men när vi inte vet det så blir det svårt när vi lägger så här mycket resurser på någonting … tycker jag….
>
> Intervjuperson II

Här visas att resursbristen ger behov av prioritering och där kan evidens, eller snarare brist på evidens, användas som argument för att ta bort något. Det här är ett exempel på hur evidensbasering kan användas som motpart mot ideologiskt drivna initiativ (Bacchi 2009, s. 137). Det finns dock en annan

[6] Denna skrivelse fanns inte tillgänglig med cancerstrategin och har eftersökts men inte hittats.
[7] Denna slutrapport fanns inte tillgänglig på SKR:s hemsida. Den har efterfrågats men när detta skrivs har tilldelad handläggare på SKR inte återkommit ännu.

bild av att SVF faktiskt bidrar till en förbättring i vården och att det är av vikt just för att resurserna är begränsade.

> Jag tycker att det har blivit en oerhörd förbättring … jag tycker mer skulle standardiseras, inte vara så fritt val faktiskt. Om vi har en, vi har inte oändliga resurser, så jag tror det här är ett sätt att se över våra resurser och vad vi behöver, åt båda håll, kanske inte göra framför allt, signalerar det så här mycket behöver vi för att kunna bedriva säker vård så.
>
> Intervjuperson I

När det gäller ledtiderna så redogör cancerstrategin för att Socialstyrelsen i sina nationella riktlinjer för cancervård tagit fram mätpunkter i en vårdprocess som kan användas som kvalitetsindikator. De framför däremot att det saknas evidens för att sätta tidsgränser.

> Socialstyrelsens medicinska experter har inte kommit med närmare förslag till tidsgränser för ledtiderna. Enligt uppgift har detta berott på att man ansett sig sakna vetenskaplig grund för att sätta gränserna utifrån hur dessa påverkar det medicinska behandlingsresultatet.
>
> (SOU 2009:11, s. 181)

Här redogörs för att den saknade evidens som åsyftas när det gäller ledtiderna är i förhållande till det biomedicinska, utfallet av behandlingen. Utredarna för cancerstrategin menar på att det ändå är av vikt att sätta tidsgränser för ledtiderna.

> Det är angeläget att tidsramar successivt definieras för de nämnda ledtiderna vid olika cancersjukdomar. Syftet är att minimera ledtiderna och de geografiska och säsongsmässiga variationerna i dessa. För att nå dit är det viktigt att arbetet med ledtiderna sker samlat på nationell nivå, förslagsvis med hjälp av de medicinska experter som är engagerade i arbetet med nationella vårdprogram inom cancerområdet. Tidsramarna för ledtiderna bör byggas på kunskap och erfarenhet av vad som är nödvändigt och rimligt med hänsyn till den tid som behövs för bedömning och planering av vård.
>
> (SOU 2009:11, s. 190)

Här förordas mediciniska experter och att tidsgränserna ska baseras på kunskap och beprövad erfarenhet. Men inte vetenskapligt underlag som evidens i den bemärkelsen som evidensbaserad medicin använder, det vill säga utifrån kliniska studier. Syftet här är inte heller i förhållande till medicinskt utfall utan jämlikhet. Det ska vara rättvist, geografisk plats eller tid på året ska inte avgöra hur lång tid en cancerutredning och start av behandling ska ta.

Sammanfattningsvis kan sägas att ledtidsgränserna som tas fram till SVF aldrig varit tänkta att vara evidensgrundade. När det gäller den sammanhållna vårdkedjan och den ersättningsmodell som skulle användas som incitament var däremot dessa tänkta att undersökas med evidensmässiga metoder.

En annan aspekt av evidensbasering, som kanske inte direkt är en del av begreppet evidens men som ändå sammankopplas, är mätbarhet och uppföljning. Detta som ett svar på de allt högre kraven på transparens i offentlig verksamhet (Fernler 2011, s. 132). Dessa aspekter i förhållanden till cancerstrategin framkommer tydligt i kommittédirektivet.

> De mål som utredaren föreslår skall vara möjliga att följa upp. Utredaren har att själv bedöma i vilken mån målen skall vara resultatmål respektive processmål samt på vilken nivå olika mål bör bestämmas. Utredaren skall

> tydligt klarlägga om de föreslagna målen är rimliga, med hänsyn till kunskapsläge och evidensbas, demografi, tillgängliga resurser och andra förutsättningar
>
> (Dir. 2007:110, s. 4)

Här klargörs även att det ska finnas kopplingar till kunskapsläge och evidensbas när det gäller målsättning. Det är oklart om det finns skillnader i uppfattning av vad dessa två begrepp innebär eller om det är en retorisk användning av synonymer. I cancerstrategin så förordas att mätningar ska utföras innan varje insats införs (SOU 2009:11, s. 31). Uppföljningen ska ske kontinuerligt och målen ska revideras löpande, de ska även sättas i relation till utveckling i andra jämförbara länder. Det framförs att det är ett problem att det i dagsläget saknas data som gör att man kan följa upp och jämföra. Detta arbete genomförs i och med SVF och där RCC har som uppdrag att fortlöpande kvalitetssäkra denna data (Socialdepartementet & SKR 2019a, s. 16).

Livskvalitet och patientnöjdhet föreslås av utredarna som ett sätt ”att stärka uppföljning och utvärdering i ett patientperspektiv” (SOU 2009:11, s. 191). Patientnöjdhet anges vara ett ”självständigt mått på vårdens kvalitet” i ett avsnitt om evidensbaserade åtgärder (SOU 2009:11, s. 178). Patientperspektivet antas alltså kunna mätas med validerade metoder och vara en viktig faktor att mäta.

> Vi menar att det redan i dag är angeläget att påbörja arbetet med en nationell enkätundersökning som kartlägger situationen för patienter med cancer. Det ska vara möjligt att i enkäten kartlägga hur patienter uppfattar och värderar viktiga inslag i vården, såsom information, kommunikation, kontinuitet, kontaktmöjligheter, ledtider och väntetider. Det är också viktigt att kunna analysera eventuella samband mellan patienterfarenheter och patientkarakteristika, som ålder, kön, socioekonomi och etnicitet. Detta för att belysa hur jämlikt och jämställt cancervården fungerar.
>
> (SOU 2009:11, s. 192)

Här visas bägge identifierade logiker. Patientens agens genom information och kommunikation men också rättvisa genom jämlikhet och jämställdhet. Det är patientens uppfattning och värdering som ska mätas. Då det även är en föresats att använda insamlade data för analys, då med statistiska metoder för att undersöka samband, är det sannolikt kvantitativa data som förordas. Data föreslås samlas in innan åtgärder sätts in för att kunna användas för jämförelse, mätningar förordas också ske löpande (SOU 2009:11, s. 192). Här visas igen en ambition om att vara så vetenskaplig som möjligt i införande och utvärderande.

Sammanfattning och diskussion

Det empiriska materialet i den här undersökningen visar på en agenslogik där förutsättningar för patienten att vara delaktig och i möjligaste mån uppleva kontroll över sin situation under en cancerutredning varit ledande i det arbete som ledde upp till SVF. Agens är också en viktig logik för sjukvårdspersonal som arbetar med SVF. Det visar sig framför allt genom en brist på agens där de känner att de saknar kontroll och påverkansmöjligheter över de delar av kedjan som ligger utanför deras egen verksamhet. Rättvisa i form av jämlikhet och rätt till att slippa vänta var den logik som blev mest framträdande i SVF:s syfte.

Det fanns en ambition om en vetenskaplig grund för de patientfokuserade sammanhållna vårdprocesser som skulle inrättas. Då en sådan saknades när cancerstrategin först skrevs skulle detta testas och utvärderas med vetenskapliga metoder. Detsamma gällde ett ersättningssystem som skulle facilitera en sådan process. De ledtider som finns i ett SVF har däremot ingen ansats att vara evidensbaserade. De är satta utifrån hur snabbt en process kan gå under bästa förutsättningar.

Att evidens används som argument ser jag efter den här undersökningen som ett uttryck för ett behov av att prioritera och i det ingår också ta bort det som är onödigt, det som saknar evidens för att det gör nytta. Eftersom den medicinska aspekten av hälsa generellt är lättare att mäta än den sociala aspekten gör det att en sådan insats har svårt att uppfylla kraven för evidens. SVF som en insats att öka välmående och inte sjukdomens utfall blir därför något som lätt kan kritiseras. Sett som insats så framkommer SVF i intervjumaterialet som positivt, ökat samarbete och tydligare förhållningssätt genom standardisering är uppskattat. Det som kritiseras är hur SVF mäts, att de satta ledtiderna är orealistiska och dessutom omotiverade.

Problemframställning

Det som det standardiserade vårdförloppet förväntas lösa är alltså den bristande tillgängligheten i cancervården. Problemframställningen redogör att det är för lång tid som förlöper mellan att en cancer misstänks och att behandlingen startar samt att geografiska skillnaderna inte bör förekomma. SVF ska resultera i en cancervård som är jämlik där alla får hjälp på samma tid och denna tid är kortast möjlig.

Mæhle et al. (2021a, s. 2243) identifierar också väntetider som den utlösande faktorn för implementeringen av SVF i Skandinavien. De menar att en gemensam syn på problemet där åtgärden, att korta ledtider, är bejakande för alla involverade logiker är det som möjliggjorde implementeringen av SVF. SVF blev en metod att motverka långa väntetider vilket var ett av flera problem i den generella krisen cancervården befann sig i. I linje med Bacchi menar jag snarare att det är så att denna kris tog form först när man fastställde att det var ett problem. Att patienterna led av att de fick vänta för länge kom med att man identifierade väntetid som ett problem.

Att definiera och mäta ledtider för att kunna överblicka och jämföra var med redan i cancerstrategin men det var patientens upplevelse som var i fokus. Att ge patienten agens genom sådant som delaktighet, handlingsutrymme och kontroll. Agens är något som är komplext, både att definiera men framför allt att mäta. Patientnöjdhet är ett mål med SVF och det mäts men det leder inte till något. Det finns ingen gräns för måluppfyllelse och det enda kravet är att enkäterna används. Tid däremot är enkelt mäta, det har väletablerade enheter. Här har ett komplext problemområde, de många dimensionerna av patientperspektivet, reducerats till ett enkelt och jämförbart mått, väntetid. Det har också förskjutit åtgärden från agenslogiken till rättviselogiken.

Att ingå eller inte ingå, är också ett relativt enkelt mått att redovisa och de som ska ingå i ett SVF gör det. Inklusionsmålet uppfylls. Väntetiderna är däremot fortfarande längre än vad SVF medger. Mer än hälften av alla patienter får vänta längre än vad som är tanken, men de är nöjda enligt mätningarna. Det kanske därför är rimligt att ifrågasätta hur problematiska väntetiderna faktiskt är för patienten. Det kanske snarare är, som man redan från början var inne på, kontrollen över situationen och att veta vad

man väntar på och varför som behövs. Det som standardiseringen ger, att det blir förutsägbart, är det behov som fylls, där standardisering också har en koordinerande funktion av arbetet (Timmermans & Berg 2003, s. 77). Man kanske har åstadkommit det man ville med bättre samverkan runt och kommunikation med patienten. Men eftersom måttet är tid så märks inte dessa förändringar i mätningarna.

Reflektioner om metod och resultat

I WPR ingår att ställa ens egna problemframställningar under samma lampa som det man analyserar. Jag har framställt det som ett problem att man har förenklat ett komplext problemområde där man vill öka patientens agens till ett förenklat, där tid har blivit den fokala punkten. I detta tror jag att det försvårar att faktiskt se vilka förändringar den införda insatsen av SVF har bidragit till. Jag antar här att den koppling mellan väntetid och nöjdhet som framställs inte finns. Åtminstone inte på så sätt att det är den mest avgörande faktorn. Jag menar även att logiken om agens har fått ge vika för logiken rättvisa för att den är enklare att mäta. I detta antar jag att mätbarhet har varit det avgörande i val av åtgärd. Jag har problematiserat att val av mått och val av utfall är fel i förhållande till vad man faktiskt ville komma åt. När det inte heller går att möta de mål som sätts uppstår diskussioner och dessa är fokuserade på ledtiderna, vilket kanske också gör att man tar bort fokus från det som SVF har bidragit med.

Mæhle et al. (2021a) har gjort en liknande undersökning som min med intervjuer och granskning av dokument i förhållande till införandet av SVF. De använde också logiker som teoretiskt verktyg. Där identifierade de en medicinsk logik där kortare ledtider var motiverat i förhållande till sjukdomens utfall. Jag har inte sett en sådan logik som framträdande, även om det ibland nämns att vissa fysiska problem kan förvärras om behandling dröjer. Det de benämner patientrelaterad logik ryms inom min agenslogik men denna är breddad till att även involvera agens för de som arbetar med SVF. Gällande den ekonomiadministrativa logiken så framkommer (brist av) resurser ofta men jag har valt att tolka detta som en tanke om fördelning av de resurser som finns och därmed kategoriserat under logiken rättvisa. Dessa skillnader kan vara beroende på förfluten tid eller att min position skiljer mig från deras position. Det här kan också visa på en skillnad i ansats där jag har antagit konstruktivistiska premisser medan Mæhle et al. (2021a) undersökning kan antas ha en realistisk grund, då de använder institutionella logiker som analytiskt ramverk och inte gör någon koppling till ontologisk påverkan.

Gällande logiker så kan det självklart argumenteras för att evidens är en logik i sig och det anser jag att det är, men som jag tolkar materialet så är evidens inte av stor vikt för SVF (om än för kritiken mot denna). Snabbare är bättre är också något som kan ses som en logik, vilket tidig diagnos-logiken gör (Damhus et al. 2024), men här finner jag inte heller att den primärt var en logik för agerande innan problemframställningen om väntetid hade etablerats. Här relaterar till synes detta till varandra och temporaliteten av när en logik uppkommer blir snabbt komplex. Jag har gjort val för att kunna tydliggöra den relation jag sett. Agens och rättvisa är därmed logiker, evidens är något jag relaterar till och tid var ett problem som skapades.

Den rigorösa teoretiska genomgång som Timmermans och Tavory (2022) förordar vid en abduktiv analys har av förklarliga skäl inte varit möjligt inom tidsramen för den här undersökning, inte heller den insamling av empiriskt material, vilket i deras exempel oftast är månadslånga. Vad ansatsen inburit är min egen position och bidrag i förhållande till analysen, att inte sätta parentes om det utan att använda det som en styrka. Att min plats bidrar till ett perspektiv någonstans ifrån som Haraway (1988) uttrycker det och det i sig ger undersökningen legitimitet.

I mitt intervjumaterial hittade jag en större samstämmighet än vad jag förutsatt, jag trodde att det skulle finnas en spänning mellan uppdragsgivare och utövarna. Det kan bero på att jag delvis missbedömt var delningen låg. RCC och SKR må inte vara utövare på det sättet att de är aktiva i verksamheten och möter patienterna, men de är fortfarande på samma sida av förhandlingen som regionerna. För att få en bild av uppdragsgivarnas syn hade det därför troligen varit bättre att intervjua

någon från Socialdepartementet som är förhandlingspart eller Socialstyrelsen som har en utvärderande roll.

Flera av intervjupersonerna hade arbetat med alla eller många av vårdförloppen vilket gör att det är en stor spridning i materialet vad gäller erfarenhet av olika förlopp. För de intervjupersoner som arbetat med patienter gällde det framför allt bara två av vårdförloppen. En av de större cancerformerna och en mer ovanlig vilket också bidrar till olika perspektiv. Alla utom en av intervjupersonerna är från samma region, så även om de har arbetat med vårdförlopp på nationell nivå är det möjligt att materialet till stor del är färgad av lokala förutsättningar inom den regionen. men det finns stora överlapp med det resultat som redovisas från en annan region (Delilovic et al. 2019; Winterling et al. 2021).

Intervjupersonerna täcker en stor del av de involverade verksamheterna i vårdförloppen men är inte heltäckande. Primärvården är för många första instansen i vårdförloppen så denna del i kedjan är inte beskriven. Utöver den satta avgränsningen vilket undantog primärvården finns inte heller patologin representerad. Det är inte heller en verksamhet som nämns mycket i materialet vilket göra att det är något av en blind fläck. En annan viktig part som inte för sin talan är patienten. Att inte ta del av patienternas egna upplevelser ligger delvis i begränsningar av omfattning där ytterligare bredd troligen lett till mindre djup. Intervjuer med patienter hade också inneburit hantering av känsliga personuppgifter, dit uppgifter om hälsa hör (EU 2016/679), det hade inneburit andra etiska ställningstagande men också lagmässiga.

Det finns en del i empiriska materialet som rör primärvårdens roll men eftersom undersökningen avgränsats till specialistvården har jag valt att inte ta med specifika exempel som rör primärvården. Häri ligger bland annat en agensrelaterad aspekt av brist på förtroende av kompetens, där primärvården upplevt att specialistvården inte valt att gå vidare med remisser om cancermisstanke. Det uttrycks vara en av anledningarna till skapandet av kriterier för skälig misstanke. Denna form av överprövning och förtroendebrist mellan primär- och specialistvård kan vara ett intressant spår att studera vidare. En annan aspekt ur materialet som inte tagits upp i analysen är exempel på att utnyttja SVF för att få snabb tillgång till undersökningar utan egentlig cancermisstanke, något som gäller från primärvården men också inom specialistvården. Liknande sätt att rigga systemet har observerats även i Norge (Melby & Haland 2021). Gällande ledtider kan det vara värt att nämna att när konceptet med standardiserade vårdförlopp 2020 infördes utanför cancervården, där de går under benämningen personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSV), är en förändring att ledtidernas gränser är medicinskt motiverade (Socialstyrelsen 2023, s. 54). Här har man alltså frångått kortast möjliga tid medan det fortfarande är tongivande inom SVF. Denna kontrast i förhållande till tid hade också varit ett intressant koncept att utforska vidare.

Generaliserbarheten i materialet är god sett till att liknande aspekter som resursbrist, oro för undanträngning av annan vård och ifrågasättande av relevansen av ledtiderna i förhållande till medicinska utfallet samt oförmågan att kontrollera andra enheters påverkan i kedjan finns representerat i andra studier och rapporter (Delilovic et al. 2019; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2024; Socialstyrelsen 2023). Det nya som denna undersökning bidrar med är förflyttning genom problemframställning från ett komplext problem av hur man ökar patienten delaktighet och kontroll under sin vårdprocess, till en enklare och mer mätbar som handlar om att korta tiden för denna process. Övriga studier och rapporter har inte detta i beaktande, utan utgått från de antaganden som problemframställningen innebär, att väntetider är ett problem och att minskade ledtider är det som krävs, efterfrågas och var tanken som låg bakom det som gav upphov till SVF.

Slutsats

Den här undersökningen har identifierat att agens, där patientperspektiv är centralt, var den mest framträdande logiken för SVF:s syfte och funktion tidigt i processen men ersattes av en rättviselogik där jämlikhet kunde mätas och jämföras genom ledtider. Problemframställningen gällde bristande tillgänglighet till cancervården där väntetiderna till diagnos och behandling av cancer var för långa och varierade för mycket.

Från början fanns en ambition om att insatser för att stärka patientperspektivet så som en sammanhållen vårdprocess skulle bygga på vetenskaplig grund. När SVF infördes baserades ledtiderna på optimal handläggning och kortaste möjliga tid under perfekta förutsättningar och det är dessa som mäts. Det var förbättring av patientens välmående som eftersträvades, inte påverkan på det medicinska utfallet. Vid behov av prioriteringar används avsaknad av evidens som en motivation att ta bort eller förändra ledtiderna inom SVF.

Att tid har blivit en måttstock för SVF tror jag tyvärr sätter hinder i möjligheten att faktiskt utvärdera om SVF har haft effekt på andra aspekter av en fungerande sammanhållen vårdprocess som kan ge ökad agens för patienten.

Referenslista

Ahlzén, R., Olsson, L., Engman, K. O., Sjödahl, R., Metsini, A. & Theodorsson, E. (2020). *Standardiserade vårdförlopp vid misstanke om cancer* (HTA-rapport) Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro. https://www.regionorebrolan.se/contentassets/c7e22cd5393c42a996aac93759bfebc6/rapporter-2020/2020.33-standardiserade-vardforlopp-vid-misstanke-om-cancer.pdf

Allen, D. (2014). Lost in translation? 'Evidence' and the articulation of institutional logics in integrated care pathways: from positive to negative boundary object? *Sociology of health & illness*, 36(6), s. 807-822. doi:10.1111/1467-9566.12111

Asplund, K. (2011). *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC)*. Socialdepartementet. https://www.regeringen.se/contentassets/f85b243b39a64219a189e4a8a0e90814/kriterier-som-ska-utmarka-ett-regionalt-cancercentrum-rcc/

Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy : what's the problem represented to be?* , Frenchs Forest, N.S.W. Pearson.

Besharov, M. L. & Smith, W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *The Academy of Management review*, 39(3), s. 364-381. doi:10.5465/amr.2011.0431

Bloor, D. (1976). *Knowledge and social imagery*. Routledge.

Bornemark, J. (2018). *Det omätbaras renässans : en uppgörelse med pedanternas världsherravälde.* Volante.

Damhus, C. S., Risør, M. B., Brodersen, J. B. & Jønsson, A. B. R. (2024). Rethinking the logic of early diagnosis in cancer. *Health (London, England : 1997)*, s. 1-20. doi:10.1177/13634593241234481

Delilovic, S., Hasson, H., Åhström, M. & von Knorring, M. (2019). Implementing standardized cancer patient pathways (CPPs) - a qualitative study exploring the perspectives of health care professionals. *BMC health services research*, 19(1), s. 577-577. doi:10.1186/s12913-019-4413-6

Dir. 2007:110 *Kommittédirektiv En nationell cancerstrategi för framtiden*. https://www.regeringen.se/contentassets/49838271317047d59474a4832f51d900/s-200710-en-nationell-cancerstrategi-for-framtiden-dir-2007110/

EU 2016/679. *Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).*

Fernler, K. (2011). Kunsskapsstryningens praktik - kunskaper, verksamhetsrationaliteter och vikten av organisation. I Bohlin, I. & Sager, M. (red.) *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken.* Arkiv, s. 131-162.

Galli, R. (2021). *Nyckelbegrepp i socialantropologin*. Socialantropologiska instutitionen Stockholms universitet. https://www.academia.edu/75756214/Nyckelbegrepp_i_socialantropologin_2021_

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist studies*, 14(3), s. 575-599. doi:10.2307/3178066

Johnsson, F., Karlsson, E. K. & Sandqvist, K. (2020). *Evidens för ledtider i standardiserade vårdfölopp för urologisk cancer*. HTA Skåne. https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/hta/litteratursokningar/litteratursokning-svf-2020-06-15.pdf

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder : från vetenskapsteori till praktik.* Studentlitteratur.

Knaapen, L. (2013). Being 'evidence-based' in the absence of evidence: The management of non-evidence in guideline development. *Social studies of science,* 43(5), s. 681-706. doi:10.1177/0306312713483679
Larsson, J. & Holmström, I. (2007). Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International journal of qualitative studies on health and well-being,* 2(1), s. 55-64. doi:10.1080/17482620601068105
Latour, B. (1988). Mixing Humans and Nonhumans Together: The Sociology of a Door-Closer. *Social problems (Berkeley, Calif.),* 35(3), s. 298-310. doi:10.1525/sp.1988.35.3.03a00070
Mæhle, P. M., Hajdarevic, S., Håland, E., Aarhus, R., Smeland, S. & Mørk, B. E. (2021a). Exploring the triggering process of a cancer care reform in three Scandinavian countries. *The International Journal of Health Planning and Management,* 36(6), s. 2231-2247. doi:10.1002/hpm.3278
Mæhle, P. M., Hanto, I. K. S., Simensen, V. C. & Smeland, S. (2021b). Mind the Differences: How Diagnoses and Hospital Characteristics Influence Coordination in Cancer Patient Pathways. *Int J Environ Res Public Health,* 18(16). doi:10.3390/ijerph18168818
Mæhle, P. M. & Smeland, S. (2021). Implementing cancer patient pathways in Scandinavia how structuring might affect the acceptance of a politically imposed reform. *Health policy (Amsterdam),* 125(10), s. 1340-1350. doi:10.1016/j.healthpol.2021.08.008
Melby, L. & Haland, E. (2021). When time matters: a qualitative study on hospital staff's strategies for meeting the target times in cancer patient pathways. *BMC health services research,* 21(1), s. 210-210. doi:10.1186/s12913-021-06224-7
Mol, A. (1999). Ontological Politics. A Word and Some Questions. *The Sociological review (Keele),* 47(1_suppl), s. 74-89. doi:10.1111/j.1467-954X.1999.tb03483.x
Mol, A. (2008). *The logic of care : health and the problem of patient choice.* Routledge.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024). *Lägesbild av den nationella cancerstrategin*. https://www.vardanalys.se/digital-publikation/lagesbild-av-den-nationella-cancerstrategin/
Nationalencyklopedin (u.å.). Autonomi. Tillgänglig: Nationalencyklopedin [2024-05-12]
Pedersen, K. Z. & Roelsgaard Obling, A. (2020). 'It's all about time': Temporal effects of cancer pathway introduction in treatment and care. *Social Science & Medicine,* 246, s. 112786. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112786
RCC i samverkan (2020). *Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården* (Version 2.0). https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/styrdokument-cancer-standardiserade-vardforlopp-svf.pdf
RCC i samverkan (2022). *Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella vårdprogram inom cancersjukvården* (Version 5.3). https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/styrdokument-nationella-vardprogram.pdf
RCC i samverkan (2024). *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusionsoch ledtidsmål i SVF*. https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/statistik-svf/svf-vantetidsrapport-rcc-2022-2023.pdf
RCC i samverkan (u.å.). *Flödesschema för vårdförlopp.* https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/tjock-och-andtarmscancer/vardforlopp/ [2024-05-14]
Reay, T. & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization studies,* 30(6), s. 629-652. doi:10.1177/0170840609104803
Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj,* 312(7023), s. 71-2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.*
Shaw, J. A., Kontos, P., Martin, W. & Victor, C. (2017). The institutional logic of integrated care: an ethnography of patient transitions. *Journal of health organization and management,* 31(1), s. 82-95. doi:10.1108/JHOM-06-2016-0123

Skogseid, B. & Härenstam, K. P. (2019). Oroande att standardiserade vårdförlopp införs brett i vården. *Läkartidningen*, 2 december. https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2019/12/oroande-att-standardiserade-vardforlopp-nu-infors-brett-inom-halso-och-sjukvarden/
Socialdepartementet (2018). *Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården*.
Socialdepartementet (2024). *Regeringens tar nästa steg i arbetet med att uppdatera den nationella cancerstrategin* [Pressmeddelande]. 26 februari, https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/02/regeringens-tar-nasta-steg-i-arbetet-med-att-uppdatera-den-nationella-cancerstrategin/
Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Regioner (2015). *Kortare väntetider i cancervården 2015*. https://www.regeringen.se/contentassets/ada23353c8344f2188767bb8a1e20f67/godkannande-av-en-overenskommelse-om-kortare-vantetider-i-cancervarden-s2015470fs/
Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Regioner (2019a). *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetidler 2020*. https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/overenskommelse-cancervard-kortare-vantetider-2020.pdf
Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Regioner (2019b). *Kortare väntertider i cancervården 2019*. https://www.regeringen.se/contentassets/b3edc91aa786420e8bc2944b4724e300/godkannande-av-en-ok-cancervarden-s2019_02859_fs.pdf
Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024*. https://skr.se/download/18.436e32a318c8af0ae9941d8/1703173230223/Overenskommelse-jamlik-effektiv-cancervard-kortare-vantetider-2024.pdf
Socialstyrelsen (2023). *Analys av utvecklingen vid regionala cancercentrum*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-9-8752.pdf
Socialstyrelsen & Cancerfonden (2023). *Cancer i siffor*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/cancer-i-siffror-2023.pdf
SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden*. https://www.regeringen.se/contentassets/e343b40615eb46b395e5c65ca38d1337/en-nationell-cancerstrategi-for-framtiden-sou-200911/
Sveriges Kommuner och Regioner (2024). *Om SKR*. https://skr.se/skr/omskr.409.html [2024-05-14]
Thornton, P. H., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective a new approach to culture, structure and process.* Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780199601936.001.0001
Timmermans, S. & Berg, M. (1997). Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols. *Social studies of science,* 27(2), s. 273-305. doi:10.1177/030631297027002003
Timmermans, S. & Berg, M. (2003). *The gold standard : the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Temple University Press.
Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual review of sociology,* 36(1), s. 69-89. doi:10.1146/annurev.soc.012809.102629
Timmermans, S. & Tavory, I. (2012). Theory Construction in Qualitative Research: From Grounded Theory to Abductive Analysis. *Sociological theory,* 30(3), s. 167-186. doi:10.1177/0735275112457914
Timmermans, S. & Tavory, I. (2022). *Data analysis in qualitative research : theorizing with abductive analysis.* University of Chicago Press.
Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Winterling, J., Delilovic, S., Dervish, J., Gunarsson, M., Ahstrom, M. & Hasson, H. (2021). Exploring experiences of implementing standardized cancer patient pathways within investigatory units - a qualitative study. *BMC health services research,* 21(1), s. 1-933. doi:10.1186/s12913-021-06915-1

Bilaga 1

Uppvärmning

Vad har du för

Grundprofession: Aktuell position/yrkesroll: Erfarenhetsnivå (området/yrken):

När kom du först i kontakt med SVF?

Var det i din nuvarande yrkesroll? Kan du berätta lite mer om dina initiala tankar om SVF?

Vilka standardiserade vårdförlopp har du erfarenhet av? Som du har arbetat med nu eller tidigare.

Kan du berätta om hur du stöter på SVF i ditt vardagliga arbete?

Har du uppmärksammat några specifika händelser relaterat till SVF senaste tiden du kan berätta om?

Kärnan

Vad anser du är de centrala delarna av Standardiserade vårdförlopp? (Vad är det som ska uppnås?)

Vilka effekter upplever du att SVF har fått?

Har du några exempel på det (från din verksamhet)?

Positivt

När upplever du att SVF fungerar väl? (i verksamheten/ditt arbete)

Vad anser du är vinsten med SVF?

Har du några exempel på det (från din verksamhet)?

Negativt

När upplever du att SVF blir ett hinder? (i verksamheten/ditt arbete)

Vad anser du är problematiskt med SVF?

Har du några exempel på det (från din verksamhet)?

Avrundning

Ser du en förändring mellan hur det var när du först kom i kontakt med SVF och hur det är nu?

Hur ser du på framtiden för SVF?

Här är målen med SVF [visa bild ur utbildningsmaterial]. Hur tycker du SVF bidrar i relation till dessa? Nöjdare patienter? Mer jämlik cancervård? Kortare väntetider?

Vad tror du krävs för att uppnå målen (med ledtiderna)? Ca 50 % följsamhet nationellt.

Vad innebär begreppet [...] för dig? → Värdeskapande tid → Medicinsk motiverade ledtider

Har du något ytterligare du vill tillägga?