

UPPSALA UNIVERSITET

Företagsekonomiska Institutionen

Magisteruppsats VT12

Handledare: Ulf E Olsson

2012-06-07



UPPSALA
UNIVERSITET

Industriell marknadsföring av specialisttandvård

En studie av Käkkirurgiska avdelningen vid Akademiska sjukhuset och relationen till fyra remitterande kliniker

Jan-Olof Strömbäck

Sammanfattning

Industriell marknadsföring handlar om att marknadsföra aktiviteter och funktioner mot företag eller organisationer. På denna typ av marknad finns det färre kunder jämfört med på konsumentmarknader. Därför är det viktigt att vårda varje kundrelation för att vara framgångsrik på lång sikt. Denna uppsats beskriver Käkkirurgiska avdelningen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och deras relation till kliniker som remitterar patienter till dem. Uppsatsen är skriven på uppdrag av Käkkirurgiska avdelningen och syftet är att beskriva fyra av dessa relationer och eventuella problem som finns. Detta skall fungera som en grund för fortsatt marknadsföringsarbete. Insamlingen av data har skett genom elva semistrukturerade intervjuer med personal på Käkkirurgiska avdelningen och representanter för de fyra remittenterna. Materialet har sedan sammanställts och analyserats utifrån interaktionsmodellen (Håkansson, 1982) som beskriver relationer mellan företag. Resultatet av denna undersökning visar att relationerna med de olika remittenterna skiljer sig något från varandra men att de största problemen trots det är i stort sett de samma i alla relationerna. Problemen som har identifierats handlar om administrativa processer och kommunikation mellan parterna och visar på att det inte räcker att leverera en bra tjänst för att relationen ska vara helt lyckad.

Nyckelord: Industriell marknadsföring, kundrelationer, specialisttandvård

Innehåll

1 Relationer mellan organisationer inom tandvården.....	4
1.2 Hur skall Käkkirurgiska avdelningen marknadsföras?.....	5
2 Industriell marknadsföring, relationer mellan företag.....	6
2.1 Viktiga begrepp för relationer mellan organisationer.....	6
2.1.1 Engagemang och tillit	7
2.1.2 Osäkerhet vid utbyten - formella och psykologiska kontrakt	8
2.2 Interaktionsmodellen	8
3 Uppsatsens utformning.....	11
3.1 Beskrivning av tillvägagångssätt	12
3.1.1 Intervjuobjekt och respondenter.....	12
3.1.2 Intervjufrågor	13
3.2 Operationalisering	14
4 Flera perspektiv på käkkirurgiska avdelningens remittentrelationer	16
4.1 Käkkirurgiska avdelningen.....	16
4.1.1 Organisationen	16
4.1.2 Kort sikt – enskilda transaktioner	19
4.1.3 Lång sikt – relationen.....	22
4.2 Folktandvården Västertorg	25
4.2.1 Organisationen	25
4.2.2 Kort sikt – enskilda transaktioner	25
4.2.3 Lång sikt – relationen.....	26
4.3 Folktandvården Bålsta	28
4.3.1 Organisationen	28
4.3.2 Kort sikt – enskilda transaktioner	28
4.3.3 Lång sikt – relationen.....	29

4.4 Specialistkliniken Kaniken	31
4.4.1 Organisationen	31
4.4.2 Kort sikt – enskilda transaktioner	31
4.4.3 Lång sikt – relationen.....	32
4.5 Privattandläkare i Östhammar	33
4.5.1 Organisationen	33
4.5.2 Kort sikt – enskilda transaktioner	34
4.5.3 Lång sikt – relationen.....	35
5 Analys av fyra relationer enligt interaktionsmodellen	36
5.1 De olika organisationerna	36
5.2 Kort sikt – utbytet mellan KKA och remittenterna	37
5.3 Lång sikt – styrkor och svagheter i relationerna.....	39
6 Hur ser Käkkirurgiska avdelningens relationer ut?	42
6.1 Käkkirurgiska avdelningens fortsatta marknadsföringsarbete	43
6.2 Slutsats och vidare forskning.....	46
Litteraturförteckning	47
Förteckning över respondenternas positioner	48
Bilaga 1 – Intervjumall för anställda på Käkkirurgiska avdelningen.....	49
Bilaga 2 – Intervjumall för remittenter	50

1 Relationer mellan organisationer inom tandvården

Industriell marknadsföring är de marknadsföringsaktiviteter och -funktioner som är riktade mot organisatoriska kunder (Encyclopædia Britannica Online, 2012). Inom forskningen kring industriella marknader finns det vissa som menar att relationen mellan leverantör och kund har blivit ett allt viktigare ämne. Ett tecken på detta är att det även finns andra begrepp som berör relationer mellan företag, till exempel relationsmarknadsföring och CRM som står för Customer Relationship Management, (Payne & Frow, 2005). Morgan och Hunt (1994) menar att relationsmarknadsföring är att etablera, utveckla och upprätthålla lyckade relationella utbyten. CRM är ett sätt att beskriva hur konsumentrelationer kan hanteras och kopplas ofta samman med någon typ av teknisk lösning (Payne & Frow, 2005). Industriell marknadsföring och dessa andra ämnen handlar alltså om att skapa och upprätthålla bra relationer mellan företag. Ett exempel på en bransch där det är viktigt att ha bra relationer till andra organisationer är specialisttandvård. Käkkirurgiska avdelningen (KKA) vid Akademiska sjukhuset (AS) i Uppsala hjälper patienter som har problem i käkområdet. Denna uppsats har skrivits på uppdrag av KKA för att hjälpa dem i deras arbete med hur de ska marknadsföra sig. Vården som KKA erbjuder kan till exempel handla om tandimplantat, röntgen eller förberedelse och sanering inför andra behandlingar av exempelvis cancer. 44 personer arbetar på avdelningens fyra olika enheter som är käkkirurgi, käkortopedi, röntgen och sjukhustandvård. KKA var tidigare en del av folktandvården (FT) men är sedan 2008 en del av AS. Idag finansieras verksamheten på två sätt. En del är skattefinansierad sjukvård där patienterna endast betalar en liten patientavgift, resten av vården står landstinget för. Avdelningen fungerar även som en specialistklinik på marknaden för tandvård och konkurrerar där på samma villkor som alla andra aktörer, både privata enskilda praktiker och FT. Denna del av verksamheten finansieras genom patientavgifter precis som i den övriga tandvården. Det är denna del av avdelningen som i huvudsak kommer studeras i uppsatsen. Även om det är patienten som betalar för vården är det andra tandvårdskliniker som fungerar som de verkliga kunderna ur ett industriellt marknadsföringsperspektiv. Anledningen är att KKA har remisstvång vilket medför att alla patienter har skickats dit av en annan klinik. Det finns även andra specialistkliniker som konkurrerar med KKA när det gäller delar av den vård de erbjuder. För att få remittenterna att skicka patienterna till KKA istället för någon av konkurrenterna är det därför viktigt att de har goda relationer till såväl privata som FT-kliniker och personalen där.

1.2 Hur skall Käkkirurgiska avdelningen marknadsföras?

I och med den förändring som skedde för fyra år sedan har KKAs ledning börjat arbeta med hur de ska kunna se till att tandvårdsklinikerna känner till dem. Ett internt arbete med en ny verksamhetsplan startade därmed. Det fokuserade bland annat på hur KKA ska förhålla sig till dessa kliniker för att få dem att fortsätta eller börja remittera patienter. Det som avdelningen saknade var kunskap och resurser för att ta reda på vad remittenterna tycker. Syftet med denna uppsats är därför att beskriva relationen mellan KKA och fyra av de kliniker som remitterar patienter till dem. Det kommer ske genom intervjuer med såväl personal på KKA som representanter för remittenterna. Materialet kommer att analyseras med hjälp av en förenklad version av interaktionsmodellen som först beskrevs i IMP-gruppens bok ”International Marketing and Purchasing of Industrial Goods: an Interaction Approach” (Håkansson, 1982). Modellen berör affärsrelationer mellan organisationer och är en vanligt förekommande modell inom industriell marknadsföring (Axelsson & Agndal, 2012). Den förenklade modellen kommer att förklaras närmare i avsnitt 2.2 Interaktionsmodellen. Syftet är också att identifiera eventuella problem eller områden som kan förbättras för att stärka dessa fyra relationer. Det ska sedan fungera som en grund för KKAs fortsatta marknadsföringsarbete gentemot avdelningens alla remittenter. Frågorna som uppsatsen skall besvara är därför:

Hur kan relationerna till fyra av Käkkirurgiska avdelningens remittenter beskrivas utifrån den förenklade interaktionsmodellen?

Kan några problem som påverkar samarbetet mellan parterna identifieras i dessa relationer?

2 Industriell marknadsföring, relationer mellan företag

Industriell marknadsföring är de marknadsföringsaktiviteter och -funktioner som är riktade mot organisatoriska kunder (Encyclopædia Britannica Online, 2012). Kunden och leverantören matchas långsamt mot varandra och skapar relationer mellan dem (Axelsson & Agndal, 2012). Håkansson och Snehota (1995) anser att typiska drag för sådana relationer är att de är informella, komplexa, symmetriska och har hög grad av kontinuitet. Relationerna är ömsesidiga med breda kontaktytor där många individer blir involverade. Axelsson och Agndal (2012) anser att relationen mellan företag är ett samspel som också kan beskrivas som en problemlösningssprocess kännetecknad av interaktion mellan parterna. Axelsson och Agndal (2012) hävdar att genom att ha en aktiv dialog kan parterna sänka kostnader och skapa nya värden, men ju högre komplexiteten är desto mer utvecklat samarbete krävs. Industriella marknader skiljer sig till viss del från konsumentmarknader. Axelsson och Agndal (2012) menar exempelvis att det finns en större mängd kunder på konsumentmarknader jämfört med industriella marknader. På industriella marknader råder det också en hög koncentration och ofta står ett begränsat antal kunder för en stor del av ett företags omsättning. Företag tenderar också att köpa merparten av det som behövs för att bedriva verksamheten från ett fåtal leverantörer. Därför är varje enskild kundrelation avgörande för ett företags framgång på industriella marknader. På konsumentmarknader är varje kund mer svåridentifierbar och en del av en större massa.

2.1 Viktiga begrepp för relationer mellan organisationer

Enligt Axelsson och Agndal (2012, s 239-240) finns det tre viktiga egenskaper som karakteriserar relationer mellan företag, i princip oavsett bransch eller vilken typ av verksamhet de bedriver. Dessa tre egenskaper är också sammankopplade och påverkar tillsammans hur relationen ser ut. Den första är att relationerna ofta är långvariga och att varje enskild transaktion mellan säljande och köpande part bara är en del av den totala interaktionsprocessen. Denna process kan sträcka sig över tiotals år och förbindelsen får under tiden formen av ett stadigt samarbete. Den andra viktiga egenskapen i relationen är frågan om vem som utför gapöverbyggande aktiviteter och tar initiativ. Ofta är rollfördelningen i denna typ av relationer symmetrisk. Den sista viktiga egenskapen är makt- och beroendeförhållandet mellan köpande och säljande part. Precis som rollfördelningen är dessa förhållanden ofta symmetriska. Båda parter har betydande kunskap om varan eller tjänsten som utbyts och kan påverka genom att backa upp sina argument med makt. Det förekommer också relationer där

det ena företaget dominerar men jämfört med konsumentmarknader är symmetrin högre. Schakett, Flaschner, Gao och El-Ansary (2011) anser att ekonomiska och strukturella band i relationer mellan företag har fått stort fokus i tidigare forskning men att sociala interaktioner inte har fått tillräckligt med utrymme. De kommer också fram till att sociala band mellan nyckelpersoner hos köpande och säljande part har betydande inverkan på den köpande partens lojalitet, tillit, tillfredsställelse och upplevelse av tjänstekvalitet gentemot den säljande parten. Därför menar de att om dessa fyra aspekter är viktiga för en säljande organisation, då måste den stödja utvecklingen och underhållet av relationer mellan deras säljpersonal och potentiella, blivande och befintliga köpare.

2.1.1 Engagemang och tillit

Enligt Morgan och Hunt (1994) är begreppen engagemang och tillit centrala för att studera relationen mellan företag. Doyle och Roth (1992, s 52) menar att målet med affärsrelationer är att erhålla positionen som prioriterad leverantör genom att utveckla tillit hos viktiga kunder. Även Axelsson och Agndal (2012) menar att för att skapa och upprätthålla bra relationer krävs engagemang och tillit från båda parter. Morgan och Hunt (1994) definierar engagemang som att ”en partner anser att en pågående relation med en annan part är så viktig att det motiverar maximala ansträngningar för att upprätthålla den”. En engagerad part anser alltså att det är värt att arbeta på relationen för att den ska vara i obestämd tid. När det gäller definitionen av tillit menar Morgan och Hunt (1994) att den ”existerar då den ena parten har förtroende för handelspartnerns pålitlighet och integritet”. Engagemang och tillit är viktigt för att uppmuntra parterna till att bevara investeringar i relationer genom samarbete. Det är också viktigt för att stå emot attraktiva kortsiktiga alternativ till förmån för de förväntade långsiktiga fördelarna med att samarbeta och se potentiellt riskfyllda åtgärder som kloka eftersom de lutar på sina partners. När både engagemang och tillit finns anser Morgan och Hunt (1994) att det leder till att både effektivitet och produktivitet främjas, vilket i sin tur bidrar till att skapa lyckade samarbeten. Lövblad, Hyder och Lönnstedt (2012) menar precis som Morgan och Hunt (2012) att engagemang är viktigt för att ha lyckade relationer mellan företag. Engagemang kan enligt dem delas upp i kognitivt, normativt och emotionellt engagemang. De har fokuserat på det emotionella engagemanget och vilken inverkan det har på relationen mellan kund och leverantör. De menar att det är kopplat till individerna i relationen och att det påverkar beteendemässiga mål som investeringsintentioner och viljan att stanna kvar, men också beteenden som lojalitet och samarbete.

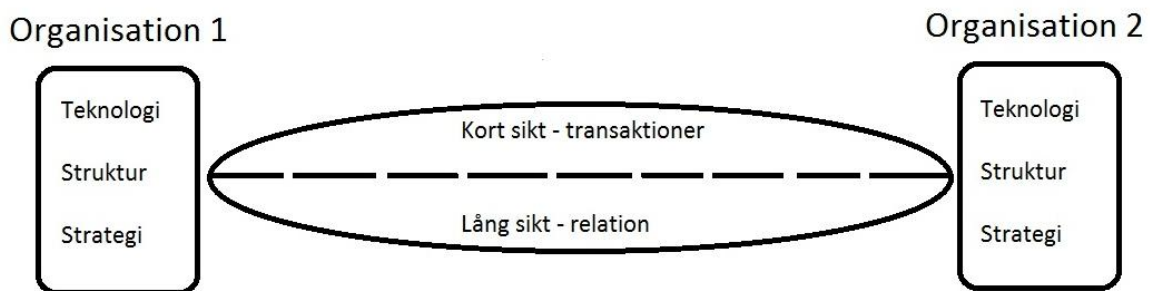
2.1.2 Osäkerhet vid utbyten - formella och psykologiska kontrakt

Axelsson och Agndal (2012, s 240-245) pekar ut osäkerheten vid utbyten av varor, tjänster och betalningsmedel som en viktig aspekt i relationer. Ett sätt att minska osäkerheten är att teckna avtal som reglerar utbytet, men det går sällan att skriva avtalen så att de täcker alla situationer som kan uppstå. Det skulle också bli kostsamt och vara mycket komplext att genomföra. På grund av detta är tillit mellan parterna viktigt. Att bygga upp ett förtroende för varandra gör att osäkerheten minskar och om någon part gör något som bryter förtroendet kan den andra välja andra samarbetspartners för framtida affärer. Den part som bryter förtroendet riskerar även att snabbt få dåligt rykte. Denna typ av implicita kontrakt baserade på tillit kallas för psykologiska kontrakt. Smith Ring & Van de Ven (1994) anser att när ett säljande och ett köpande företag lär känna varandra bättre övergår formella kontrakt mer till psykologiska kontrakt. I de inledande faserna av en relation kan formella kontrakt vara viktigare eftersom parterna inte känner varandra väl. Det blir mindre viktigt då parterna lär känna varandra eftersom de då kan lita på varandra. Även Kingshott och Pecotich (2007) har undersökt psykologiska kontraktens inverkan på tillit och engagemang i relationer mellan företag och fann att de kan ha en positiv inverkan på den övergripande relationen. De fann också att om den ena parten upplever att den andra bryter mot kontraktet kan det allvarligt undergräva förtroendet. Lövblad, Hyder och Lönnstedt (2012) menar att psykologiska kontrakt kan vara ett sätt att närmare studera emotionellt engagemang och dess påverkan på relationen. Axelsson och Agndal (2012, s. 241-245) anser att inställningen till formella kontrakt varierar mellan företag, affärssituation och relationer men också mellan kulturer och länder. De anser att förtroende för en motpart beror på hur den har skött sig tidigare och vilken personlig kontakt som finns mellan medarbetare hos de båda parterna. Hur en part har skött sig tidigare, det vill säga vilken tillit som finns för den, utvärderas utifrån socialt utbyte, motpartens resurser, utförda prestationer och utförande av problemlösning.

2.2 Interaktionsmodellen

Axelsson och Agndal (2012, s 246-248) menar att det finns flera modeller som på olika sätt beskriver interaktionsprocesser och relationer mellan företag. En modell som beskriver detta på ett bra sätt är den numera klassiska interaktionsmodellen (Håkansson, 1982). Modellen har fem huvudgrupper av variabler som på olika sätt påverkar relationen mellan två företag. Dessa är interaktionsprocessen på kort och lång sikt, organisationernas egenskaper, atmosfären i relationen samt omgivningsfaktorer. För denna uppsats har valet fallit på att

använda en förenklad version av interaktionsmodellen (figur 1). Denna förenklade version utesluter variablerna atmosfär och omgivning. Anledningen till detta är att uppsatsens syfte är att beskriva relationen mellan Käkkirurgiska avdelningen (KKA) och de olika remittenterna, inte atmosfären och omgivningen kring dessa relationer. I variabeln organisation utesluts även fokus på individen för att det är organisationernas, inte enskilda individers mål och erfarenheter som är i fokus. De delar av interaktionsmodellen som finns med i den förenklade modellen kommer beskrivas närmare nedan.



Figur 1 - Förenklad version av interaktionsmodellen (ursprungligen Håkansson 1982)

Håkansson (1982) menar att interaktionsprocessen mellan två parter inte bara beror på relationen mellan dem utan också på organisationernas egenskaper. En av dessa egenskaper som är viktig kallas för teknologi. Teknologiska faktorer för produkten eller tjänsten är ofta avgörande för interaktionen mellan köpande och säljande part. Tekniska egenskaper och skillnaderna mellan dem är grundläggande förutsättningar för samverkan mellan parterna. De påverkar också alla andra delar av interaktionsprocessen. En relation där båda parter är på samma kunskapsnivå skiljer sig troligen mycket från en där parterna är på olika kunskapsnivåer. En annan egenskap som är viktig är organisationernas struktur och strategi. Storlek och position påverkar hur en organisation agerar. Stora organisationer med mycket resurser har större möjlighet att dominera över sina kunder än små organisationer. Även graden av centralisering, specialisering och formalisering påverkar interaktionsprocessen på flera sätt. Det påverkar hur många personer på olika positioner som är inblandade, hur utbytet mellan parterna går till, hur kommunikationen sker och hur formellt utbytet av produkt eller tjänst och finansiella medel är. På kortare sikt kan dessa egenskaper ses som ett ramverk för interaktionen mellan parterna. På längre sikt kan dock dessa egenskaper förändras genom interaktionen.

Håkansson (1982) menar att även interaktionsprocessen i sig kan delas upp i kort och lång sikt. På kort sikt handlar det om enskilda transaktioner mellan parterna som både påverkar och blir påverkade av den långsiktiga relationen. De kan delas upp i de fyra delarna produkt- eller tjänsteutbyte, informationsutbyte, finansiellt utbyte och socialt utbyte. Produkt- eller tjänsteutbytet är ofta kärnan i utbytet mellan parterna. Därför har produktens eller tjänstens egenskaper också stor påverkan på relationen i helhet. Informationsutbytet är intressant av flera anledningar. Innehållet i informationen är självklart viktigt, exempelvis genom graden av tekniska, ekonomiska eller organisatoriska frågor som utbyts. Även bredden och djupet på informationen är viktig. Information kan överföras mellan parterna via personliga eller opersonliga sätt beroende på vilken typ av information det är. Finansiellt utbyte, det vill säga mängden pengar som utbyts och sättet det sker på är ofta en indikator på hur viktig en relation är för parterna. Socialt utbyte är viktigt för att minska osäkerhet mellan de två parterna i en relation. Det är också viktigt för att upprätthålla en relation mellan parterna i korta perioder då inget annat utbyte sker. Den viktigaste funktionen för successivt socialt utbyte är att det på lång sikt gradvis kopplar samman parterna i relationen. Många delar av utbytet mellan parter som har en lång relation är inte formaliserade. De bygger istället på förtroende mellan parterna. För att bygga upp detta förtroende är socialt utbyte nödvändigt. Det tar tid, måste baseras på personliga erfarenheter och på lyckat utförande av produkt- eller tjänsteutbyte, informationsutbyte och finansiellt utbyte.

Håkansson (1982) anser att den långsiktiga interaktionsprocessen bygger på de enskilda transaktionerna. De olika utbytena kan leda till att en långsiktig relation etableras. När dessa utbyten blir mer rutinartade skapar det klara förväntningar på båda parter av vilka roller eller ansvarsområden de har gentemot varandra. Slutligen blir dessa förväntningar institutionaliserade i den grad att de inte ifrågasätts av parterna. De baseras då ofta mer på traditioner i en bransch eller på en marknad än på rationellt beslutsfattande. Successivt skapas specifika kontaktmönster mellan parterna där enskilda individer och grupper får olika roller. Informations- och socialt utbyte kan pågå mellan två parter under en längre tid utan att något utbyte av produkter, tjänster eller pengar sker. En annan viktig del i den långsiktiga relationen är de anpassningar som båda eller en av parterna gör. Dessa anpassningar kan gälla både produkt- eller tjänsteutbyte, informationsutbyte, finansiellt utbyte och socialt utbyte. De kan gälla enskilda transaktioner eller ske över en längre tid. Anpassningar kan också ske både medvetet eller omedvetet.

3 Uppsatsens utformning

Uppsatsen bygger på teori kring industriell marknadsföring och relationen mellan organisationer. Huvudsakligen används en förenklad version av interaktionsmodellen (Håkansson, 1982). Utgångspunkten till uppsatsen var en projektbeskrivning från Käkkirurgiska avdelningen (KKA) vid Akademiska Sjukhuset (AS). Uppsatsen görs på uppdrag av dem och i projektbeskrivningen beskrivs att avdelningen vill ha hjälp med att undersöka hur de ska marknadsföra sig för att patienterna ska fortsätta att komma till dem. Ett inledande möte hölls med avdelningschefen och initiativtagaren till marknadsföringsprojektet. Därefter föll valet på att göra en jämförande studie av hur anställda på avdelningen och ansvariga hos några av deras kunder såg på relationen mellan dem. Att studera KKA ur ett industriellt marknadsföringsperspektiv är intressant av två anledningar. Dels är det intressant för avdelningen själv för att de ska få en bättre bild av hur deras relationer ser ut med några utvalda remittenter. Det är också intressant att studera ur detta perspektiv eftersom det relationerna mellan KKA och dess kunder passar väl in i det teoretiska ramverket samtidigt som det skiljer sig till viss del. KKA har endast ett begränsat finansiellt utbyte med remittenterna och patienten betalar för merparten av vården. Trots det är det remittenterna som i de flesta fall bestämmer vart patienten ska remitteras och därmed är det dem som styr i vilken grad KKA tjänster efterfrågas. Remittenterna fungerar alltså som kunder trots att de huvudsakliga intäkterna för KKA kommer från patienterna. Denna relation är också intressant eftersom KKA inte är vinstdrivande men ändå måste tänka i termer av marknadsföring och relationer när konkurrensen från privata kliniker ökar.

Förutom den litteratur som finns med i källförteckningen och de intervjuer som gjorts har även en del annat material använts för att komplettera intervjuerna och ge en bra bild av KKA och relationen mellan dem och remittenterna i den empiriska presentationen. Delvis kommer en del information om KKA som organisation från de inledande samtalen med ledningen. Ett exempel är information om antalet anställda på avdelningen. Detta kompletterades med information från avdelningens hemsida för att där se hur de presenterade sig och de olika enheterna som ingår i avdelningen och få en bild av organisationens struktur. Från avdelningens verksamhetsplan hämtades uppgifter om Vision, Verksamhetsidé och uppgifter för att ge en bild av vilka mål verksamheten har och för att jämföra med hur insatta de anställda är i detta. Avtalet som skrevs när KKA gick från folktandvården (FT) till AS 2008 har även lästs och sammanfattats för att få klarhet i dessa villkor.

3.1 Beskrivning av tillvägagångssätt

3.1.1 Intervjuobjekt och respondenter

Den empiriska datainsamlingen gjordes genom elva semistrukturerade intervjuer och en förteckning över respondenternas olika positioner finns efter litteraturförteckningen. Eftersom syftet är att ge en bild över organisationerna och relationerna mellan dem kommer de enskilda respondenterna inte vara i fokus och de är också anonyma. När det gäller urvalet anser Jacobsen (2002) att ett litet urval är ett villkor för att kunna göra en djupgående undersökning. Detta var också syftet, att ingående beskriva relationerna mellan KKA och remittenterna. Enligt Jacobsen (2002) och Bryman (2011) är det lämpligt att använda sig av kvalitativ datainsamling när målet är att detaljerat undersöka en situation. Hos KKA gjordes sju intervjuer med anställda från avdelningens olika enheter. De tillfrågade har arbetat mellan 5 och 35 år på KKA och vissa hade dessutom erfarenhet från arbete på andra tandvårdskliniker. Urvalet av anställda skedde tillsammans med ledningen för KKA för att få ett urval av anställda på olika positioner som kunde ge en bred bild av verksamheten och relationen till remittenterna. De valdes även för att det skulle fungera schemamässigt för KKA utan att påverka verksamheten i allt för stor utsträckning. Kritik mot detta urval kan vara att ledningen skulle vilja välja personal som inte framställer dem eller avdelningen ofördelaktigt. Dock bör noteras att sju personer utav totalt 44 intervjuades och att dessa personer kom från olika positioner och avdelningar vilket hjälper till att ge en bredare bild av fallet. När urvalen var gjorda fick de anställda som skulle intervjuas ta del av en intervjubeskrivning på cirka en A4-sida som kortfattat förklarade hur intervjun skulle gå till och vilka ämnen som skulle beröras. De fick dock inte ta del av själva intervjufrågorna på förhand. Anledningen till detta var att de skulle vara insatta i ämnet utan att ha exakta svar förberedda på frågorna. Genom att de fick svara på frågorna spontant var målet att de skulle kunna berätta mer fritt. Det är också viktigt att ge respondenterna en förklaring över varför just de ska bli intervjuade för att göra dem motiverade (Bryman, 2011).

Även ett antal remittenter valdes ut för intervju. Först diskuterades antal och vilken typ av remittenter som kunde vara lämpliga tillsammans med ledningen för KKA. Tillsammans fastslogs det att tre till fem remittenter var lagom för att ge en bredare bild samtidigt som det var praktiskt hanterbart att göra intervjuer. Remittenterna skulle också väljas ut så att de representerade både privattandläkare och FT. De skulle dessutom remittera många patienter

till KKA. Detta medför att alla de deltagande remittenterna får antas vara relativt nöjda med samarbetet med KKA. Därmed finns en risk att dessa relationer inte kan ses som ett generaliserbart urval av KKAs alla remittentrelationer. Anledningen till att urvalet gjordes på detta sätt var att det antogs att en klinik som remitterade ett större antal patienter skulle vara mer insatta i hur KKA arbetar. Det antogs också att de skulle ha en bättre uppfattning om hur relationen till KKA fungerar än en klinik som remitterade ett litet antal. Av dessa anledningar bedömdes de kunna ge mer ingående svar. Ett problem som dök upp under arbetets gång var att det var svårt att få tillgång till statistik från avdelningen eftersom deras datorsystem inte hade funktioner för att sammanställa detta. Det medförde att remittenterna inte kunde väljas utifrån faktiskt antal skickade patienter. Därför fick en person i ledningen på KKA som har god uppfattning om remittenterna i uppgift att föra urvalet utifrån kriterierna. Det kan kritiseras på grund av att det inte säkert fastställer att remittenterna som valdes är de som skickar flest patienter. Det kan också innebära att KKA valde remittenter som de vet att samarbete fungerar bra med. Detta har dock ingen större effekt på resultatet av uppsatsen då syftet är att undersöka hur några av de bättre kundrelationerna fungerar för att få en uppfattning om arbetet med andra relationer. Personen som valde remittenterna tog en inledande kontakt med ett flertal kliniker för att se om de ville ställa upp och fyra remittenter svarade ja. De var FT på Västertorg i Uppsala, FTs specialistklinik Kaniken, FT i Bålsta och en privattandläkare i Östhammar. De tre första representerades av klinikcheferna och den privata kliniken i Östhammar av tandläkaren som driver den. Viktigt att notera är dock att dessa fyra respondenter inte endast arbetar administrativt utan även kliniskt med patientvård. De gör att de personligen är i kontakt med KKA och därmed har en egen uppfattning om relationen mellan parterna. Att ingen personal utan endast klinikcheferna och tandläkaren i Östhammar intervjuades kan ses som en brist. Att intervjua fler personer hos remittenterna hade kunnat ge en mer omfattande bild av relationerna men av praktiska skäl var det inte möjligt att genomföra fler intervjuer. Därmed ansågs klinikcheferna och tandläkaren på kliniken i Östhammar vara de bästa att intervjua för att beskriva relationerna. När urvalet av remittenter var gjort bokades tid för intervjuerna. I samband med detta fick remittenterna i likhet med de anställda på KKA en intervjubeskrivning.

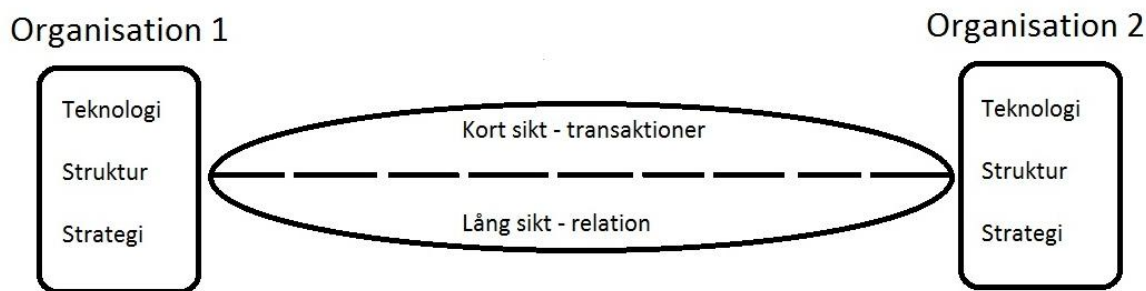
3.1.2 Intervjufrågor

Intervjufrågorna var öppna och av relativt övergripande karaktär. De utgick från den teoretiska modell som presenterades i slutet av teoridelen av uppsatsen. En närmare

beskrivning av hur de olika delarna av modellen berördes presenteras i nästa stycke, 3.2 Operationalisering. Förutom frågorna kopplade till den teoretiska modellen ställdes också frågor om hur länge respondenten hade arbetat på KKA eller hos remittenten, hur många som arbetade där, vilken position respondenten hade och vilka arbetsuppgifter som ingick i den rollen. Svaren på dessa frågor användes till att ge en närmare bild av verksamheten där respondenten arbetade. De var också till för att respondenten skulle få en chans att svara på några frågor och få dem att bli bekväma i rollen som respondenter innan intervjun gick in på modellens olika områden. Jacobsen (2002) menar att denna typ av intervjuer ger en stor mängd data. Av denna anledning spelades de in med hjälp av en iPhone 4 och funktionen röstmemo. Detta var för att vara säker på att få med alla detaljer som respondenterna berättade. Dessa inspelningar transkriberades sedan innan de sammanfattades i presentationen av det empiriska materialet. Intervjuerna med personalen på KKA var i snitt 30 minuter långa. De skedde på plats på avdelningen i deras konferensrum. De anställda som skulle intervjuas kom själva dit på avtalade tider tisdagen den åttonde maj och fredagen den elfte maj. Intervjuerna med respondenterna hos remittenterna var i snitt 34 minuter. Dessa intervjuer skedde på plats hos remittenterna, på respondentens kontor eller i ett konferensrum som fanns hos remittenten. Enligt Jacobsen (2002) är det bra att intervjuer sker i respondentens naturliga miljö för att de ska ge naturliga svar på frågorna.

3.2 Operationalisering

Två intervjumallar utformades som täckte in de tre områdena i den förenklade interaktionsmodellen. En för intervjuerna med de anställda på KKA och en för intervjuerna med remittenterna (Bilaga 1 och 2). De skilde sig genom att frågorna var vinklade från avdelningens respektive remittentens perspektiv. Att på förhand strukturera intervjuer enligt en teoretisk mall möjliggjorde att respondenterna inte svävade ifrån ämnet (Jacobsen, 2002). Innan respondenten fick frågorna förklarades varje del kortfattat. När något behövde förtydligas eller respondenterna inte förstod ställdes följdfrågor som inte finns med i intervjumallarna. I vissa fall uteslöts också vissa frågor då det bedömdes att respondenten redan besvarat dem på en annan fråga. Ibland ändrades även ordningen när respondenten själv berörde ett område innan frågor hade ställts om det. Anledningen till detta var för att låta respondenten fortsätta berätta relativt obehindrat.



Figur 2 - Förenklad version av interaktionsmodellen

Den första delen av intervjumallen handlade om organisationen, det vill säga den klinik som respondenten arbetar på. Det motsvarade Organisation 1 och Organisation 2 i modellen där KKA är den ena organisationen och varje remittent är den andra organisationen i varje enskild relation. Frågorna här fokuserade på de delar som varje organisation består av enligt modellen, nämligen Teknologi, Struktur och Strategi. Teknologi tolkades här som vilken typ av vård som organisationen i fråga kunde erbjuda sina remitterter. Detta skulle bidra till att ge en bild av hur organisationen arbetade. Struktur tolkades som hur organisationen såg ut verksamhetsmässigt. Här ombads respondenten beskriva verksamheten där de arbetade. På KKA som har flera olika enheter ombads de svara att redogöra för både hela avdelningen kortfattat men också specifikt för den enhet som de arbetade på. Tanken var att det skulle bidra till att ge en mer fullständig bild av verksamheten när svaren från alla de anställda sammanställdes. Strategi tolkades som de målsättningar som respondenterna ansåg att den organisation de arbetade för hade och hur man arbetade för att uppfylla dem.

Den andra delen handlade om relationen mellan KKA och remittenten på kort sikt som enskilda transaktioner eller tillfällen att kommunicera. Här ställdes frågor om tjänste-, informations-, finansiellt och socialt utbyte. Tjänsteutbytet tolkades här som remitteringen av patienter från remittenten till KKA. Respondenterna frågades hur det gick till när patienter remitteras till KKA. Tanken var här att få en förståelse för hur det gick till och eventuella problem som kunde uppstå vid remittering. Informationsutbytet tolkades som den kommunikation och information som rörde annat än själva remissen. Genom att förstå hur och om vad parterna kommunicerade var tanken att det skulle bidra till förståelsen av relationen mellan dem. Gällande finansiellt utbyte frågades respondenterna om det fanns något finansiellt utbyte mellan parterna. Vid andra affärsrelationer är ofta den ena parten leverantör och den andra kund vilket gör att den ena betalar för den andras produkter eller tjänster. I

detta fall står patienten för merparten av alla kostnader. Därför var det intressant att se om respondenterna ändå kände till någon form av finansiellt utbyte mellan parterna. Socialt utbyte tolkades som utbyte mellan personalen hos de olika parterna som inte direkt rörde remisser eller vården av enskilda patienter. Här frågades om det fanns något socialt utbyte och förtydligades att det inte skulle handla om remisser.

Den sista delen av modellen var relationen på lång sikt. Denna del innehöll anpassning och investeringar. Dessutom ställdes frågor om varför remittenterna skickade patienter till just KKA och vad i verksamheten som fungerade bra eller mindre bra kopplat till relationen med remittenterna, samt om de även remitterade till någon annan specialist. Anpassning tolkades som vad parterna gjorde för att anpassa sig till varandra och om respondenterna upplevde att det skilde sig något mellan parterna. Investeringar tolkades som respondenternas syn på om några satsningar gjordes som påverkade relationen, både materiella i form av utrustning eller annat och kunskapsmässiga i form av till exempel utbildning.

4 Flera perspektiv på käkkirurgiska avdelningens remittentrelationer

4.1 Käkkirurgiska avdelningen

4.1.1 Organisationen

Käkkirurgiska avdelningen (KKA), är en stor klinik med många olika specialistenheter under samma tak. 2011 hade KKA en budget på cirka 39 Mkr varav 16 Mkr var budgeten för icke sjukvårdsfinansierad vård, det vill säga tandvård där patienten själv betalar för sin vård. KKA har enligt personalen de fyra avdelningarna käkkirurgi, käkortopedi, sjukhustandvård och röntgen. Käkkirurgiska enheten sysslar främst med operationer där man tar bort visdomständer, sätter tandimplantat, tar hand om traumapatienter, anomalier och dentoalveolär kirurgi som är cystor och rotspetsoperationer. Enheten tar också hand om mycket annat som rör käkkirurgi. Enheten har en privat konkurrent i Uppsala Käkkirurgiska Centrum (UKKC), men även viss konkurrens från FTs specialistkliniker. Käkortopediska enheten sysslar mycket med förberedelser som krävs för att sedan kunna genomföra den kirurgiska vården. Ortopedin har också fler sjukvårds- än tandvårdsfall. Käkortopediska enhetens konkurrenter är andra kliniker som sysslar med tandreglering. De är mer inriktade på svåra och specifika fall än andra tandregleringskliniker vilket gör att ingen större konkurrenssituation finns. Sjukhustandvården arbetar främst med att utreda och behandla och

infektionssanera sjukhusets ineliggande patienter inför stundande behandlingar. Sedan avdelningen blev en del av AS har sjukhustandvården fått ett tätare samarbete med andra avdelningar på sjukhuset och många av dess remisser kommer också från dessa avdelningar. När det gäller konkurrenter har FT två kliniker som sysslar med sjukhustandvård. De är verksamma inom andra områden än sjukhustandvården på KKA vilket gör att de snarare kompletterar varandra än konkurrerar. Röntgenenheten gör röntgenundersökningar på interna och externa remisser. Enheten har också möjlighet att utföra både konventionell röntgen och datortomografi. Röntgenenheten har idag ingen direkt konkurrent. Även om andra kliniker kan röntga tänder har de inte den utrustning som finns på KKA. På KKA arbetar 44 personer och varje person är anställd på en specifik enhet. Det händer dock att speciellt sköterskorna får flytta runt för att täcka upp vid brist på personal. De menar att det idag krävs flexibilitet men att det kan vara svårt på grund av att alla enheterna är så specialiserade.

2008 gick KKA från att vara en del av FT till att integreras i Akademiska sjukhusets (AS) verksamhet under verksamhetsområdet Plastikkirurgi. Ett avtal skrevs då mellan folktandvården (FT), och AS, som reglerar samarbetet mellan FT och KKA från första september 2008 och tills vidare. Avtalet berör ett antal områden varav de största är remisser, utbildning, konsultationer och IT-support och IT-system. Avtalet innehåller även områdena; lagring av digitala bilder i lantstingets bildsystem VIPA, samråd kring investeringar av gemensamt intresse, regelbundna avstämningar och tvisthantering. När det gäller remisserna ska FT i första hand remittera patienter som behöver käkkirurgisk vård till KKA på AS. AS ska i första hand remittera patienter som behöver annan tandvård till FT. Remisserna ska hanteras i FTs journalsystem T4, annars ska överenskommelse göras. Även utbildning regleras. Avtalet säger att AS mot överenskommen ersättning ska tillhandahålla utbildning i radiologi. AS ska också tillhandahålla sex kursdagar per år för internutbildning av FTs personal. För andra kurser kan FT anlita AS eller annan kursgivare. Om AS anlitas ska ersättning fastslås inför varje årsbudget. Om enskilda FT-kliniker vill boka AS personal för utbildning debiteras detta. Om specialister hos FT deltar som föreläsare på AS-utbildningar debiterar FT AS. I avtalet åtar sig AS även att ha god tillgång till konsultation för FTs medarbetare. Odontologiska specialister från AS ska delta i planeringsmöten i den omfattning som krävs för att säkerställa god vård. FTs kliniker ska också ha en namngiven käkkirurg som kontaktperson. När det gäller IT-support och IT-system står FT för infrastruktur, support samt utbildning gällande T4. AS ska betala ersättning till FT för utbildning och support.

KKAs strategiska arbete finns dokumenterat i en verksamhetsplan från 2006. I den har avdelningen skrivit att visionen är att kliniken ska vara i nivå med de främsta klinikerna internationellt. Verksamhetsidén är att tillhandahålla och utveckla högkvalitativ vård, bedriva forskning och medverka i grund- vidare- och specialistutbildning, nationellt och internationellt. Visionen och verksamhetsiden kompletteras med några uppgifter. Dessa är att erbjuda en högspecialiserad diagnostik och vård, erbjuda konsulttjänster och svara för utbildning på grund och vidareutbildningsnivå och bedriva forskning och utveckling inom klinikens profilområden. Dessutom finns ett antal styrmål, strategier och kritiska framgångsfaktorer identifierade inom fem olika områden. Dessa fem områden är befolkning/patienter/kunder, medarbetare, verksamhetsprocesser, innovation/förnyelse och produktion/finansiering. När personalen frågades om vilka målsättningar som avdelningen har resulterade det i en mängd olika svar. Många var osäkra och ansåg att målsättningar inte diskuteras tillräckligt på KKA. Några saker som de tyckte hade diskuterats var att man vill uppnå bästa vård, bästa kvalitet och rätt kompetens. En konkret sak som flera nämnde att de hade diskuterat senaste tiden var att införa central tidgivning för samtliga enheter. Tanken är att detta ska leda till ökad effektivitet och att personalen kan ägna mer tid åt patientvård. I dagsläget är det endast käkkirurgiska enheten som har en bokningssköterska, något som de andra enheterna tycker är lite orättvist eftersom alla vill ha den servicen. Ett förslag om central tidgivning kommer troligen att presenteras under hösten 2012. Personalens svar finns sammanfattade i tabell 1 nedan grupperade i sex grupper med övergripande och underliggande mål.

Tillhandahålla specialistvård	Uppfylla de krav som finns på de olika typer av vård som avdelningen erbjuder.
Nöjda patienter	God vård Bra bemötande Patienten i centrum Smärtfria Patienter Billigt för patienten
Nöjda remittenter	Vara det självklara förstahandsvalet för remittenterna Vara en klinik som patienterna söker sig till Ta emot remisser från både privata och offentligt anställda tandläkare och läkare. Korta väntetider Rätt kompetens på rätt plats Vara ett ansikte utåt mot remittenten Enkla flöden, enkelt att remittera Central tidgivning
Hög kompetens	Forskning och utveckling
Osäker på vad målen är	Vet inte vad avdelningen har för mål Tycker inte att det diskuteras Vet inte om vi har någon uttalad målsättning
Hög tillgänglighet	Korta väntetider Ta emot remisser från både privata och offentligt anställda tandläkare och läkare. 24-timmars jour. Alla kan ringa när de behöver hjälp.

Tabell 1 – Sammanställning av personalens uppfattning om Käkkirurgiska avdelningens mål¹

4.1.2 Kort sikt – enskilda transaktioner

Alla patienter som behandlas på KKA har remitterats dit från andra kliniker. FT skickar sina remisser genom sitt journalsystem T4. De förs över varje natt och KKA ser dem sedan varje morgon. Då flyttas de över manuellt till KKAs journalsystem Cosmic. De privata tandläkarna har inte T4 eller Cosmic och de skickar därför sina remisser med brev som anländer med posten varje förmiddag. Även dessa måste läggas in i Cosmic manuellt. Andra avdelningar på AS skickar sina remisser direkt i Cosmic eftersom hela sjukhuset använder det. Därför

¹ Grupperingen har inte gjorts av de intervjuade utan är en sammanställning av alla svar som de sju anställda på Käkkirurgiska avdelningen gav.

behöver dessa remisser inte behandlas manuellt. I Cosmic kan remisserna komma när som helst under dagen och därför måste avdelningen hålla koll på om några nya har dykt upp. Den sista sortens remisser är akutremisser. De kan komma från olika remittenter. Då ringer remittenten oftast först för att meddela KKA innan de skriver en remiss. När personalen har tagit emot en remiss läggs den in i Cosmic under de berörda enheterna. Därefter görs en bedömning av en tandläkare som sedan gör ett bokningsunderlag. Om nödvändigt görs då också en röntgenremiss. När bokningsunderlaget är klart syns remissen i Cosmic för den sköterska som sköter tidbokningen på respektive enhet. Där står vad som ska göras och remissen prioriteras då som akut, enkel förtur eller normal förtur. En sköterska kontaktar sedan patienten och bokar in en tid för en första undersökning. Avdelningen har upp till tre månaders väntetid vilket lever upp till de mål som satts upp politiskt för sjukvården i Sverige. När patienten kommer till avdelningen första gången gör KKA en egen utredning utifrån remissen. Därefter beslutas det om och i så fall hur patienten ska behandlas av KKAs enheter. Då bokas behandlingen in och patienten återkommer vid ett senare tillfälle. När behandlingen är slutförd ska ansvarig tandläkare skriva ett remissvar till remittenten där den beskriver vad som har gjorts, hur behandlingen gick och instruktioner för vidare vård. KKAs främsta kommunikationssätt med remittenterna är genom remisserna och den återkoppling som remissvaren innebär.

Vid sidan av remisserna finns det ett antal andra sätt som avdelningen kommunicerar och delar information med remittenterna. Avdelningens reception tar dagligen emot ett flertal samtal från remittenter, främst från FT. Det kan handla om väntetid, när en patient är inbokad, om en operation är gjord eller vad som står i en patients journal i Cosmic. Många av samtalen är också för att remittenten söker en tandläkare på KKA för telefonkonsultation när de har en patient hos sig och behöver behandlingsråd. En annan typ av kommunikation är när remittenten vill ta del av eller fråga om röntgenbilder som KKA har tagit. Detta kan ske på två sätt. Dels genom systemet Skick som finns på både FT och KKA. Programmet gör att båda parter kan titta på röntgenbilder samtidigt som de pratar med varandra på telefon. Det andra sättet som avdelningen kan dela med sig av röntgenbilder är till kliniker som inte har tillgång till Skick. Då bränner sekreterare ut bilder på CD-skiva och skickar tillsammans med remissvaret till remittenten. KKA har även gemensamma ronder med vissa remittenter. Dels har röntgenheten ronder med öronläkare, plastikkirurger och käkkirurger. Avdelningen har även implantatronder där kirurgerna åker ut till FTs kliniker under en halvdag och träffar flera

patienter som den kliniken vill att KKA ska ta hand om. Om en patient som skall vara med på en rond inte har remitterats från sjukhuset bjuds ibland remittenten in för att vara delta. Det här fungerar som en service till FT men alla deras kliniker får inte denna service ännu. Hos dem som får den fungerar det dock bra. Detta är ett tillfälle för personalen på klinikerna att fråga till specialisterna och ett sätt för KKA att få nya patienter. Vid enstaka fall åker kirurger ut och opererar på någon annan klinik. Utbildning är ytterligare ett sätt att dela information. En stor del av FTs personal är exempelvis utbildad i röntgenbildstagnung på KKA. Avdelningen håller också kurser i vissa typer av kirurgi, exempelvis hur visdomständer ska tas bort. Kaniken är en specialistklinik i FTs regi som KKA har ett nära samarbete med och de har tidigare haft regelbundna möten med varandra. När det gäller privattandläkare bjuds de in en gång om året ungefär och då förklaras vad KKA gör. Dessa samtal resulterar ofta i nya remisser. Ett annat sätt som avdelningen har kommunicerat med andra kliniker är genom den marknadsföring som röntgenenheten har gjort för sin nya röntgenapparat. En radiolog har åkt runt till både privata och FTs kliniker och berättat om den. Efter det har nya grupper remitteras till avdelningen. KKA kan också skicka remisser tillbaka till de kliniker som remitterat patienten från början och då gäller det oftast allmän tandvård. När det gäller kommunikationen med sjukhusets övriga avdelningar sker det till stor del i Cosmic. I systemet finns en kommentarsfunktion där tandläkare eller läkare från olika avdelningar kan gå in och kommentera. Det fungerar ungefär som en chat där personalen kan diskutera runt en viss remiss.

Patienten bekostar merparten av KKAs verksamhet genom sjukhusfinansierad vård eller genom tandvårdstaxa. Vid sjukhusfinansierad vård betalar patienten endast en patientavgift som vid övrig sjukvård i Sverige. Klassas vården istället som tandvård är det patienten som betalar hela vårdavgiften. Det finns dock ett högkostnadsskydd för patienten där försäkringskassan betalar delar av behandlingen när kostnaden överstiger 3000 kronor. Alla patienter som besöker KKA får betala för ett första undersökningsbesök då personalen utreder vad som behöver göras. Om de anser att behandlingen bör klassas som sjukvård ansöker de om medel hos beställarnämnden som avgör om behandlingen faller under sjukvårdsavgiften. Mellan remittenterna och KKA finns det endast ett begränsat ekonomiskt utbyte. Utbildning av FTs kliniker ingår till viss del i avtalet med dem. Den konsultverksamhet som avdelningen tillhandahåller debiteras i dagsläget inte. Det gäller både via telefon eller när tandläkarna är ute på ronder och samtidigt får frågor om andra fall. Flera av de intervjuade påtalar detta och

tycker att avdelningen borde göra det. I dagsläget finns inga system för det och respondenterna anser att det är oklart hur eventuella avtal kring det ser ut.

KKAs personal har även visst socialt utbyte med personalen på andra kliniker. Framförallt har de mer kontakt med vissa kliniker, oftast de som skickar många remisser. Dessutom har många av de anställda på KKA tidigare arbetat inom allmän tandvård och många av dem även i Uppsala. De har sen tidigare personliga kontakter med personal hos FT. Det påtalas att det inte finns samma kontakt med ny personal på FT. En annan möjlighet för socialt utbyte är att FT har ordnat specialistträffar en eller två gånger per år på kvällstid med både föreläsningar och middag. En intervjuad menar att detta är ett trevligt sätt att träffa andra men att det kunde funnits mer utrymme för diskussioner. När det gäller Ortodontiassistenterna åker de på ortodontikonferenser med kollegor från hela landet. Där närvarar personal som arbetar med allmän tandreglering på vissa FT-kliniker i Uppsala. Ett forum för socialt utbyte som har funnits tidigare är remittentmöten. Det har enligt en av de tillfrågade skett sällan, kanske tre gånger de senaste 20 åren. Då har inbjudan gått ut till remittenter och själva mötet har skett kvällstid på kliniken. Vid dessa möten har uppslutningen varit dålig. Det nämns även att konkurrenten UKKC har egna remittentmöten som är mer välbesökta. Deras möten är exempelvis en heldag på ett slott på landet där det serveras mat och dryck men även hålls föreläsningar. Flera av de tillfrågade ser remittentmöten som ett bra sätt att träffa andra kliniker i framtiden. De menar att det är viktigt att träffas och diskutera och inte ta all kommunikation digitalt. Det är en möjlighet att fråga remittenterna om vad som fungerar bra och mindre bra i samarbetet. Röntgenheten hade tidigare mindre remittentmöten med interna remittenter på sjukhuset, med det sker inte längre. Det påtalas att det är viktigt att det inte bara sker på chefsnivå utan att personal från alla positioner får delta och utbyta erfarenheter och information. Ett sista exempel på socialt utbyte är det stormöte som sjukhustandvården hade nyligen. På initiativ av FT träffades personal från deras två sjukhustandvårdskliniker och personal från KKA. Detta var första mötet men tanken är att det ska vara något återkommande. Sammantaget tycker flera av de tillfrågade att det är tråkigt att det inte är mer kontakt med andra kliniker. Någon menar att det kan kännas som att KKA är lite isolerat. Tidigare, när avdelningen var en del av FT var det mer kontakt.

4.1.3 Lång sikt – relationen

De anställda gav ett antal olika anledningar till att remittenterna väljer att remittera till KKA. Främst menade de att det handlade om att avdelningen har en stor bredd av olika

specialistområden och tillgång till sjukhusets resurser. De nämnde även att FT ska skicka sina patienter till KKA, men att det är lite oklart varför eller hur den överenskommelsen ser ut. Någon nämnde att det skrevs ett avtal när KKA gick över till AS. Det poängterades att det hade att göra med att FT håller sig till offentlig vård medan privata kliniker väljer privata alternativ. Det menade de beror på tradition, att det tar lång tid att ändra på hur saker fungerar och solidaritet mot dem som verkar inom samma del av vården som de själva. Det var mer oklart varför vissa privata kliniker väljer att skicka sina patienter till KKA. Någon föreslog att det även då har att göra med att de fått en bra relation till KKA. När de intervjuade istället frågades vad avdelningens styrkor var resulterade det i fler svar. De viktigaste var hög kompetens, stor mångfald och tätt samarbete inom avdelningen, låga priser, ett stort engagemang och en egen röntgenenhet. De berättade även att köerna hade blivit kortare men var osäkra på om det berodde på att KKA nu hade mer personal eller färre patienter. Narkos och sedering nämnde flera av de intervjuade som en fördel som konkurrenterna inte kunde erbjuda i på samma sätt. Det var endast en av de intervjuade som nämnde nöjda patienter som en styrka. Detta trots att många av patienterna är väldigt nöjda enligt de enkäter som gjorts. De intervjuade frågades även om vad som fungerar mindre bra på avdelningen och i relationen till remittenterna. Det viktigaste var att olika journalsystem gör att FTs elektroniska remisser inte går in i KKAs system automatiskt. Det innebär att KKA kan se vad FT har gjort i T4 men FT kan inte se vad KKA har gjort. Systemen som är till för att underlätta skapar irritation och onödigt arbete. Därför måste mycket kommunikation ske vid sidan av remisserna. En respondent tror att strulet kan leda till att remittenter kan se sig om efter alternativ i framtiden. Ett annat område som fungerar mindre bra är avdelningens debiteringsrutiner. Det gäller även tidgivning, men där arbetas det som tidigare nämnt på ett förslag för central tidgivning. Flera av respondenterna nämner respekt och förståelse för individers arbetsuppgifter och kompetens som ett område som kan förbättras. Detta menar någon är svårt på en stor arbetsplats och när personalen flyttas runt trots att de inte alltid har rätt kompetens. Det nämns även att Käkkirurgiska enheten alltid går i första hand och tar plats vilket gör att de mindre enheterna knappt syns, men detta har framförts till ledningen. Ytterligare en sak som ibland fungerar mindre bra är schemaläggning, där en respondent menar att det ibland kan vara svårt att kombinera vården med forskning, utbildning och ronder. En person menar att remittenternas information till patienterna om KKAs roll i den totala behandlingen och hur behandlingen sedan kommer fortlöpa kan bli bättre. Flera tycker

också att det saknas initiativ från KKA i kontakten med remittenterna. Personen menar att det hela tiden är remittenterna som tar kontakt.

Några respondenter menar att det är remittenterna som styr genom remisserna de skickar och att KKA försöker anpassa sig så långt det går. Om några problem skulle dyka upp ringer man och diskuterar alternativa lösningar. Oavsett remittentens önskemål görs alltid en första undersökning där man gör en bedömning. Implantatverksamheten är ett exempel där KKA försöker få remittenterna att anpassa sig till dem, vilket vissa också gör. Ett annat är vid bokning av implantatronder. När det gäller sjukhustandvård är det KKA som styr. Deras del måste göras innan strålbehandlingar och annat kan påbörjas. Vid akutfall när remittenterna ringer försöker KKA göra vad de kan för att anpassa sig till situationen. En respondent menar att det finns en viss oklarhet i vad remittenterna vill ha av KKA. Samtidigt är det oklart vad KKA erbjuder.

Personalen på KKA menade att investeringar främst hade gjorts som utbildningsåtgärder och att det ofta skedde på individens eget initiativ, exempelvis vid medarbetarsamtal. Många av dessa åtgärder riktade sig också mot sjukvården för att förbättra samarbetet med andra avdelningar på AS. Gentemot FT nämnde personalen de kurser som KKA håller för personalen där och även konsultationen som en sorts investering i kunskap. Många tyckte att det var svårt att nämna några specifika investeringar, speciellt materiella. Personalen får dock de verktyg som behövs för att de ska kunna bedriva sitt arbete. När KKA gick över till sjukvården skulle det ske förändringar men det är otydligt vad det har fört med sig. Något som flera tyckte att det borde investeras mer i var datorsystemen för att flödena ska fungera bättre. Det behöver utredas vad som går att göra och vad det skulle kosta, inte bara påstå att det inte går att göra något. Fler konkreta förslag var bland annat en jourtimme på telefon varje dag för att alltid ha en öppen kanal för remittenterna då de vet att de kan komma i kontakt med någon som kan svara på deras frågor. Ett annat förslag var att KKA borde skicka ut någon form av enkät för att fråga remittenterna om det är något som de upplever inte fungerar idag. En person nämnde också att KKA skulle kunna åka ut och utföra enklare operationer på plats hos remittenterna. Då kan man visa remittenterna hur de ska jobba korrekt kirurgiskt med de egna patienterna. De känner sig hemma och det är enklare logistiskt än att bjuda in dem till KKA. Det skapar kontakt och sätter ansikte på personer när man möts. Ett förslag som flera nämnde var att hemsidan bör förbättras, något som de också menade att man redan har diskuterat. För att stärka kontakten med övriga sjukhuset menade en person att KKA borde försöka få in nya

grupper på som avdelningen inte har någon kontakt med idag, men som skulle gynnas av avdelningens vård.

4.2 Folktandvården Västertorg

4.2.1 Organisationen

Västertorg är en allmän tandvårdsklinik med 23 anställda, varav sju tandläkare. Kliniken har cirka 3500 barn- och 7000 vuxenpatienter som hör till dem och de flesta bor i närområdet. Kliniken arbetar mycket med förebyggande vård och i övrigt lagar de hål, arbetar med rotfyllningar, implantat, protetik, även med implantatkirurgi. Klinikchefen på Västertorg upplever att de är välutrustade. De har exempel mikroskåp och OGP, en speciell röntgenapparat. Vill man som anställd vidareutveckla sig och bli duktig på något speciellt så uppmuntras det. Västertorg har ett antal olika typer av målsättningar. Klinikchefen menar att ”det yttersta målet för en tandläkare är alltid att alla ska bli friska, att de inte ska få några nya kariesangrepp och att de inte ska få någon tandlossning”. Många av klinikens mål sätts upp centralt via ett styrkort med mål för hela landstingets verksamhet. Det bryts sedan ned till FT och därefter vidare till de enskilda klinikerna. Styrkortet går hela vägen ned på individnivå. Målen som sätts upp i styrkortet ska vara mätbara och varje mål skall också innehålla en plan för hur det ska uppnås. En individ kan exempelvis sätta målet att ha 100 procent lyckade rotfyllningar. För att lyckas med det måste den lära sig att bli bättre på att arbeta med mikroskop.

4.2.2 Kort sikt – enskilda transaktioner

När tandläkarna på Västertorg ska remittera en patient till KKA kan det ske av lite olika anledningar. De vanligaste patienterna skall genomgå implantatoperationer. Annars kan det handla om svåra visdomstandsoperationer, speciella röntgenundersökningar, i vissa fall sjukhustandvård. Dessutom kommer det en kirurg från KKA två gånger om året och tittar på patienter som personalen på Västertorg tror skulle vara lämpliga för implantatbehandling. Det tar en halvdag och då tittar kirurgen på cirka sju till åtta patienter. Det är också ett tillfälle att ställa frågor och fungerar därmed samtidigt en utbildningssituation. Patienterna som kirurgen bedömer lämpar sig för behandling remitteras sedan till KKA. Återkoppling gällande remisserna som Västertorg skickar till KKA sker först och främst i T4 genom remissvar. Om en tandläkare är speciellt intresserad av ett visst fall kan det även hända att personen ringer och pratar med kirurgen som utförde operationen, något som inte brukar vara ett problem.

Klinikchefen tycker överlag att det går jättelätt att arbeta med KKA. Förutom själva remisserna kommunicerar de två klinikerna även om annat. Då sker kommunikationen främst via telefon och e-post. E-post är bra för då får man tag på rätt person. Kirurgerna på KKA är ofta upptagna om man ringer eftersom de opererar eller gör något annat. Tandläkarna på Västertorg kan även ringa och fråga om de får vara med vid en operation för att se hur det går till. Ibland kan det även hända att tandläkarna ringer till KKA vid akuta fall. Det kan exempelvis vara om någon försöker drar ut en tand på en patient och inte får ut den. Då kan tandläkaren få råd eller så kan patienten istället få tid på dagjouren hos KKA där de gör resten av arbetet. Västertorg kan även använda KKA för utbildning. Exempelvis har de haft föreläsningar om munslemhinneförändringar och akuta situationer i tandläkarstolen. Denna typ av föreläsningar har de några gånger om året. En av tandläkarna har även lärt sig att själv sätta fixturer för implantat på en utbildning tillsammans med KKA. Det finns även visst finansiellt utbyte mellan KKA och Västertorg. KKA debiterar för de föreläsningar och kurser som kliniken ber dem hålla. Klinikchefen nämner att i det avtal som finns mellan FT och KKA ingår det ett visst antal kursdagar per år åt hela FT. Ett annat område där KKA debiterar kliniken är när de remitterar frisktandvårdspatienter. Det är för att patienten har ett avtal med FT, en treårig försäkring där man betalar en fast månadsavgift. Då betalar patienten inget hos KKA som istället fakturerar Västertorg för behandlingen. Ett undantag är implantat eftersom de inte ingår i avtalet. Vid dessa fall betalar patienten för operationen medan KKA fakturerar för undersökningen eftersom all konsultation hos FTs specialister ingår. Ett sista fall där det finns ett finansiellt utbyte är när försäkringskassan ska stå för vissa delar av behandlingen enligt tandvårdsreformen från 2008. Klinikchefen förklarar att det finns mycket regler kring vilka typer av behandlingar som ingår och inte. Personalen på Västertorg och KKA har inte direkt någon annan typ av utbyte med varandra enligt klinikchefen. Hon säger att det i så fall skulle vara om några känner varandra privat. Ett undantag är klinikens arbetsledare som tidigare har arbetat på KKA och därför troligtvis fortfarande har viss kontakt med de anställda där. Klinikchefen menar också att tidigare, när KKA var en del av FT, var det inte heller särskilt mycket kontakt mellan dem.

4.2.3 Lång sikt – relationen

Klinken på Västertorg remitterar även patienter till andra specialister. Till FTs specialistklinik Kaniken i Uppsala skickas en del patienter då och då. Tandregleringen på barntandvården är en annan specialist som klinken samarbetar med. Det är ett speciellt samarbete eftersom att en

specialist kommer till dem fyra till fem gånger per termin. Då görs en gallring av patienter för kostnadsfri tandreglering. Själva tandregleringen kan patienten välja att göra på en privat klinik eller hos FT men själva gallringen gör FT. Klinikchefen menar att de skickar patienter till KKA för att ”de är bra”. Det är också för att de har hela sjukhusets resurser att tillgå för att ge patienten den bästa vården. En annan anledning är att det av hävd finns en bra relation mellan Västertorg och KKA. Västertorg kan skicka implantatpatienter till specialistkliniken inom FT men det gör nästan ingen av tandläkarna. De har en bra relation med KKA och de tror att de får den bästa kirurgiska vården där. Dessutom har KKA specialiteter som ingen annan har, så som röntgen och sjukhustandvården. Klinikchefen menar att KKAs styrkor är att de har hög och långvarig kompetens. Avdelningens kirurger har arbetat där länge och dessutom bedrivs det forskning vilket gör att KKA är en spjutspets inom området. Klinikchefen förklarar att hon känner ett stort förtroende för dem. Det finns också det som fungerar mindre bra hos KKA och i samarbetet med Västertorg. Framförallt gäller detta remisserna. Den senaste tiden har det fungerat lite bättre men tidigare har det varit jättestora problem med att Cosmic och T4 inte kommunicerar med varandra. Ibland får de aldrig något svar även om de vet att patienten är färdigbehandlad. Ibland har det kommit en journalanteckning med. Tidigare när det inte har fungerat har de ringt till KKA för att påminna. Klinikchefen menar att det går att lösa men att ansvariga för de två systemen inte är intresserade av att lösa det eftersom det inte är prioriterat. Cosmic och T4 ägs samtidigt av två jättestora företag, något som gör det mer komplicerat att lösa. Hon menar dock att det handlar om prioriteringar. Något annat som också fungerade dåligt tidigare var KKAs kötider. Klinikchefen menar att KKA måste ha arbetat mycket med det för nu går det relativt snabbt för patienten att få vård. Är det någon patient som skulle behöva komma in tidigare menar hon också att det är relativt lätt att ringa och fråga om det går att ordna, vilket hon tycker är bra. Samtidigt tror hon kan vara lättare för henne just för att hon är klinikchef. Klinikchefen har arbetat länge och vet därför i vilka fall hon behöver skicka patienter till KKA och vilken kunskap som finns där. Det kan vara så att det är svårare för en ny, mer oerfaren tandläkare att göra samma bedömning. KKA är kanske inte tillräckligt tydliga. Till sist är det är tråkigt att KKA inte längre hör till FT och svårt att riktigt se någon anledning till att de ska tillhöra sjukhuset.

Klinikchefen berättar att det finns en ömsesidig dialog mellan dem och KKA. Hon upplever att båda sidor är följsamma och att det inte är några problem att samarbeta. Ett exempel är när det

gäller implantatkirurgi, då kan tandläkaren på Västertorg säga att han eller hon vill ha ett särskilt implantatmärke och då sätter KKA dit det. Men de kan också säga att det inte passar och att det finns ett annat märke med en mycket bättre skruv för ett specifikt område med en viss mängd ben. Då menar klinikchefen att hon litar på KKA eftersom de kan det mycket bättre. När det gäller investeringar för att stärka samarbetet menar klinikchefen att en sådan är att KKA har arbetat mycket med sin kö jämfört med för ett år sedan då den var mycket längre. Ett annat område där det investeras i är kunskap. KKA utbildar allmäntandläkare så att även de kan utföra exempelvis vissa visdomstandsoperationer. Det gör att det är lättare att ta hand om patienterna och att de slipper vänta på specialistvård. Överlag upplevs KKA som beredvilliga när det gäller utbildning.

4.3 Folktandvården Bålsta

4.3.1 Organisationen

FT-kliniken i Bålsta är en allmäntandvårdsklinik för både barn och vuxna med 27 anställda. Klinikens målsättningar är i form av ett styrkort med fyra olika områden. Patient/kund, processer, ekonomi och medarbetare. Dessa fyra områden har alla mål, mått och aktiviteter. Det övergripande målet är att ha en så god hälsa som möjligt på patienterna. Vården är i fokus men även flödena mellan olika personer i vården är viktiga samt att ha en god ekonomi.

4.3.2 Kort sikt – enskilda transaktioner

FT i Bålsta skickar patienter till KKA genom T4. Det här fungerar inte helt optimalt eftersom sjukhuset har ett annat remissystem. Personalen i Bålsta kan inte gå in och läsa i KKAs journaler. Om en patient skickas till någon av FTs specialister kan de följa hur långt behandlingen har gått och läsa precis vad de har gjort eftersom de också har T4. De patienter som Bålsta skickar till KKA är främst implantatpatienter. I övrigt skickas smärtutredningar, röntgenremisser, sjukhuspatienter och en del operationer. När det gäller Bålstas kommunikation och informationsutbyte med KKA sker det främst genom remisserna. Eftersom det inte fungerar fullt ut händer det också att de ringer receptionen eller skickar e-post ibland till enskilda kirurger. När det gäller röntgenbilder kan de samarbeta bättre än när det gäller remisserna. Det beror på att Uppsala län har en gemensam databas för röntgenbilderna. På grund av det kan KKA och Bålsta titta på bilder tillsammans och KKAs specialister kan peka ut saker på datorn medan de pratar på telefon. Den som har kontakt med KKA från kliniken i Bålsta är oftast den som har skickat en remiss. Bålsta får även

återkoppling från KKA via remissvar i T4 när en behandling är utförd. Klinikchefen påpekar dock att KKA inte får mycket återkoppling av Bålsta. Många gånger diskuteras en behandling mycket innan den ska utföras men inte alls efter att den är klar. KKAs personal ser inte heller slutresultatet när det gäller implantatpatienter. Han menar att om det fanns en återkoppling från Bålsta till KKA kunde det bli ett lärande för båda parter. Det finns även ett visst finansiellt utbyte mellan Kliniken i Bålsta och KKA. När Bålsta anlitar KKA som kursgivare tar de betalt för den tjänsten. Ett annat exempel är barnpatienter. Om Bålsta remitterar en barnpatient ska inte den betala något eftersom barntandvård är gratis för patienten. Då debiterar KKA istället Bålsta och de får i sin tur pengar från landstinget. Ett liknande förhållningsätt gäller vid friskvårdsabonnemang. Då betalar patienten ett fast pris månadsvis och därför fakturerar KKA Bålsta för behandlingen. Klinikchefen menar att det inte finns så mycket socialt utbyte mellan personalen i Bålsta och på KKA. Det enda han kan tänka på är vissa kurser där de möts. Han menar också att det var mer socialt utbyte med KKA när de var en del av FT. Klinikchefen menar också att om det skulle vara något annat tillfälle är det när KKA har någon form av inbjudan men det är ett tag sedan nu. Han menar att det är trevligt att träffas men samtidigt är det en kostnadsfråga med sociala aktiviteter. Det han skulle önska är mer sociala aktiviteter på kvällstid. Han menar också att för de som har arbetat länge påverkar inte bristen på tillfällen att träffas själva arbetssituationen. Dock menar han att för de som kommer in nya kan det vara svårare eftersom de inte känner KKAs personal sedan tidigare.

4.3.3 Lång sikt – relationen

Kliniken i Bålsta remitterar även patienter till andra specialistkliniker inom FT. Då handlar det främst om kliniker med andra specialiteter eller andra behandlingssätt än de som finns hos KKA. Det är dock inte så att Bålsta skickar patienter till någon annan om KKA exempelvis har långa väntetider. Undantaget är tandlossningsspecialisterna som även gör en del implantatkirurgi, då främst på de patienter som de har behandlat för tandlossning. De har precis som KKAs specialister den utbildningen och kompetensen. Den viktigaste anledningen till att Bålsta skickar patienter till KKA är att de behöver KKAs kompetens. Att de vet hur KKAs verksamhet fungerar är också en bidragande orsak. Bålstas tandläkare har ett kontaktnät och de vet vad KKA kan. Det kan också handla om att en patient behöver sjukhusets övriga resurser. Ytterligare en anledning är att det finns bra möjligheter till konsultation när patienter remitteras till KKA. Klinikchefen menar att KKAs främsta styrka är

deras kompetens. Det finns även vissa saker som fungerar mindre bra. En sådan svaghet är att de inte har ett gemensamt journalsystem. Klinikchefen menar att det medför en större risk att det fallerar någonstans på vägen. Då måste personalen i Bålsta ringa eller skicka e-post för att se hur långt gången behandlingen är. Bålsta skickar idag endast elektroniska remisser, men ibland får de remissvaren som pappersremisser från KKA. Det har blivit färre sådana, men ett tag var det mycket. En annan sak som kunde fungera bättre är debiteringen när det gäller barnpatienter eller de som har fast pris. Nu fungerar det så att Bålsta får e-post där det står att ”för de här patienterna kommer vi att debitera FT-klinikerna”. Då får Bålsta gå igenom dem och se om det är några som hör till dem och att fakturorna stämmer. Om de inte säger till debiteras kliniken per automatik. Klinikchefen skulle istället vilja att han får KKAs fakturor på samma sätt som alla andra fakturor. Han menar att det är viktigt att alla hanteras på samma sätt, både för att det är lättare att följa upp och för att det är en befogenhetsfråga vem som får attestera fakturorna. Ibland är det också lite väl byråkratiskt att arbeta med KKA, men även här har det blivit bättre. Om Bålsta ringer om en sak måste den som svarar lämna över det till sekreterare som sen ska skriva ut det. Ibland är det kö hos sekreteraren och ska då en tredje person göra det blir det en fördröjning. Han förstår att de har sina administrativa flöden på sjukhuset men menar att det ibland känns som det tar lång tid och även att det finns en patientsäkerhetsrisk. Ju fler som är inblandade, desto större risk att något hamnar mellan stolarna.

Klinikchefen i Bålsta tycker inte heller att det finns några svårigheter att kommunicera eller anpassa sig till varandra. Båda parter lyssnar på varandra. Ur vårdsynpunkt fungerar det jättebra och det enda som inte fungerar helt är de administrativa bitarna. Han säger dock att Bålstas tandläkare har olika kompetens och ibland blir det de som inte har hög kompetens i KKAs specialistområden som skickar patienter. Bålsta försöker att lösa det inom kliniken men ibland skickas patienter som de kanske skulle kunna ta hand om själva. Klinikchefen berättar att det även har gjorts investeringar som är bra för samarbetet. Bland annat har KKA investerat i en ny röntgenapparat som ger nya verktyg för KKAs personal att behandla patienterna. Ett annat exempel är att det har gjorts tester med telemedicinska ronder. Det var ett sätt att använda modern teknik med en uppkoppling via telenätet och titta på bilderna tillsammans trots att vi sitter på olika platser. Det är en jättebra idé men det behöver struktureras upp lite, menar klinikchefen. Något som klinikchefen tycker skulle vara bra om det satsades på i framtiden är en kirurg som kunde vara ute och göra enklare operationer på

plats i Bålsta då och då. Det skulle vara trevligt, det skulle höja personalens kompetens och patienter skulle slippa åka.

4.4 Specialistkliniken Kaniken

4.4.1 Organisationen

Specialistkliniken Kaniken ligger i centrala Uppsala och där arbetar ungefär 45 personer. Verksamheten består till stor del av patientbehandling och tar endast emot patienter som kommer på remiss från andra tandvårdskliniker. I övrigt förekommer också viss utbildning av andra inom FT och även lite utvecklingsarbete och en del forskning. Kliniken har fyra avdelningar med olika specialiteter. När det gäller målsättningar är kliniken en politikerstyrd organisation. Målen sätts upp av dem och handlar om att serva länets invånare på bästa sätt, både på lång och kort sikt. På kort sikt handlar det om att de patienter som remitteras till kliniken ska tas om hand om på bästa möjliga sätt. På längre sikt handlar målen om att se till att det finns god tandhälsa i länet och att det finns tandläkare som kan möta de behov som kan uppstå.

4.4.2 Kort sikt - enskilda transaktioner

Klinikchefen på Kaniken menar att det finns flera alternativa vägar på vilka de remitterar patienter till KKA. Ett är att det kan vara en patient där de stöter på problem som de bedömer att KKA kan hjälpa till att lösa. Då skickar Kaniken iväg en remiss i journalsystemet T4. Ett annat vanligt sätt är genom de ronder som KKA och Kaniken har tillsammans. Där träffare tandläkare från båda parter patienter gemensamt. Efter att träffat patienten skriver de en remiss beroende på hur diskussionen mellan tandläkarna har varit. KKA remitterar också en del patienter till Kaniken. Det kan handla om att de får in någon patient via en annan klinik som de bedömer att de vill ha hjälp med. Det sker dock inte särskilt ofta och Klinikchefen menar att Kaniken remitterar fler patienter till KKA än tvärt om. Kanikens och KKA skiljer sig genom att KKA har käkkirurgi, röntgen och medicinsk tandvård. De opererar mycket, har en del smärtutredningar och gör även många andra saker. Kanikens behandlingar påminner mer om vad som sker ute hos en vanlig allmäntandläkare. Skillnaden är att det oftast gäller patienter där behandlingen är av en större svårighetsgrad.

När det gäller informationsutbyte och kommunikation är de gemensamma ronderna ett tillfälle där de kan dela information. Annan typ av kommunikation sker mest via e-post och telefon.

Det kan röra olika saker runt själva behandlingen. När det gäller kommunikation kring journaler och patientfall har Kanikens tandläkare tillgång till sjukhusets journalsystem Cosmic och KKA till T4. Kanikens tandläkare kan inte ändra något i sjukhusets journaler men de har läsbehörighet. Specialisterna på Kaniken och KKA har även möten med varandra då och då. Tanken är att de ska ske ungefär en gång per halvår och handla om återkoppling, internutbildning eller andra diskussioner. Det finns även ett visst finansiellt utbyte mellan KKA och Kaniken. Klinikchefens uppfattning är att det oftare är KKA som debiterar Kaniken för något än tvärt om. Det kan vara för utbildningar och ibland patientbehandlingar. Klinikchefen säger att meningen är att de ska samarbeta kring utbildningar och att det finns något regelverk om det. En slags grundnivå innan man ska börja debitera varandra. Det finns inte särskilt mycket socialt utbyte mellan personalen på de två specialistklinikerna. Klinikchefens uppfattning är att det var mer utbyte av den typen när de båda var del av samma organisation och samma gren av landstinget och ur hans synvinkel var flytten till sjukvården ingen vinst alls.

4.4.3 Lång sikt – relationen

I dagsläget skickar inte Kaniken patienter till någon annan specialist, inte på något planerat sätt i alla fall. Patienten väljer själv vård och det kan hända att en patient vill gå till ett annat ställe och då ordnar Kaniken det. Men det är knappt några sådana patienter. Anledningen till det menar klinikchefen är att patienterna litat på tandläkarens omdöme och om den rekommenderar en viss specialist litat i regel patienten det. Kaniken har inte heller bytt vilken specialist de remitterar till. Att remittera till KKA är en gammal upparbetad rutin från tiden då båda fortfarande var en del av FT. Det främsta skälet till att Kaniken remitterar till KKA är att det skrevs papper på att de ska remittera till KKA när de och FT skiljdes åt. Han menar också att det avtalet kanske har sjunkit ned i glömska lite vid det här laget. En annan anledning till att patienter remitteras är att vissa delar av KKAs verksamhet inte har någon konkurrens, exempelvis att utföra större kirurgiska ingrepp. KKAs främsta styrka enligt Klinikchefen är att de har bra och trevlig personal när man är i kontakt med dem. Personalen på KKA är väldigt hjälpsam när man ringer. Ibland menar han att han har hört andra synpunkter från allmäntandvården men att det inte är något som personalen på Kaniken upplever. Saker som fungerar mindre bra är bland annat journalsystemen och bristen på koppling mellan dem. Det har bland annat gjort att det tidigare har varit problem med remissvaren, både att de har dröjt och att de inte är utformade som Kaniken vill ha dem. Klinikchefen menar att personalen på

KKA ibland väljer en lite för enkel väg när journalerna ska skrivas in i T4 och den kritiken har de fått höra många gånger. En annan sak som också fungerar mindre bra och som delvis hänger ihop med den tidigare är att Kaniken ibland upplever att servicen är lite förströdd från KKA. Ibland verkar de ha dålig koll på remisserna som kommer in, vilket gör att patienterna glöms bort. Det känns inte som man har någon som är riktigt ansvarig för patienten som skickas dit och då är det svårt att få kontakt och diskutera vem som ska sköta vad. Kaniken känner också att återkopplingsmötena inte prioriteras av KKA. De ska ske ungefär en gång per halvår men det är inte alltid som KKA kan komma. På frågan om det borde vara fler möten av denna typ menar Klinikchefen att KKA i alla fall borde komma på de möten som de ska ha. Sättet KKA sköter debiteringen av patienterna på kan också vara ett irritationsmoment. Det kan kännas som att de väljer att sträcka ut möjligheterna att debitera ganska långt.

När det gäller hur de båda specialistklinikerna anpassar sina verksamheter till varandra menar klinikchefen att Kaniken anpassar sig en hel del efter KKA. Ett exempel är de gemensamma ronderna där klinikchefen menar att KKA inte har anpassat sig särskilt mycket. KKA har också en bristfällig kunskap i hur tandvårdsförsäkringen fungerar och ser ut. Det innebär att Kaniken måste sköta en del av KKAs arbete gentemot patienten och försäkringskassan när det gäller detta. Det är ett mycket komplicerat system i vad som ersätts och vad som inte ersätts inom tandvården. Klinikchefen menar att han har förståelse för att KKA inte kan det så bra, för de gör så mycket annat till skillnad från Kaniken som hela tiden stöter på det. Det gör att det faller ett ökat ansvar på personalen på Kaniken att ta hand om det. När klinikchefen frågas om det har gjorts några investeringar från parterna för att stärka samarbetet menar han att det inte har gjorts något specifikt. En sak som skulle kunna ses som en investering är att Kaniken har fått lägga ganska mycket tid på tandvårdsförsäkringen och stötta KKA i det.

4.5 Privattandläkare i Östhammar

4.5.1 Organisationen

Privattandläkarkliniken i Östhammar är en allmän tandvårdsklinik för vuxna och barn. Totalt har den cirka 1300 vuxen- och 100 barnpatienter. Kliniken drivs av en tandläkare och har tre anställda sköterskor. De försöker göra det mesta själva på kliniken men enstaka patienter remitteras till specialister för exempelvis tandlossningssjukdomar eller svåra rotfyllningar. Verksamheten har bedrivits i åtta år, först som inhyrd hos en annan klinik men sedan 2010 är

de med i Praktikertjänst och har byggt en egen klinik. Klinikens främsta målsättning är visionen ”god munhälsa hela livet”. Patienterna ska få välja vård som gör att de blir nöjda och behåller god munhälsa hela livet. Ett annat mål är att göra patienten delaktig i behandlingen genom att informera dem så att de förstår vad de väljer. Det gör de bland annat genom att alltid försöka ge minst två behandlingsalternativ.

4.5.2 Kort sikt – enskilda transaktioner

Privatkliniken i Östhammar skickar olika typer av patienter till KKA. Dels kan det vara planerade behandlingar som de inte utför själva, exempelvis svåra tandborttagningar. Det kan också vara mer oplanerade fall som munslemhinneförändringar eller komplikationer som uppstår vid en operation. Vid sådana tillfällen ringer tandläkaren till KKAs växel och berättar att han har en patient i stolen. Då får han prata med en käkkirurg vilket ofta gör att problemet ofta kan lösas direkt och annars remitteras patienten. Remisserna skickas via brev till KKA. Förutom dem sker den mesta kommunikationen via telefon och någon enstaka gång via e-post. Exempelvis berättar tandläkaren att KKA har en ST-läkare som verkar jätteduktig och väldigt mån om att det ska bli bra. När han har gjort några implantatbehandlingar skriver han ofta att ”du får gärna skicka mig ett kort på slutresultatet”. På KKA får de aldrig se patienterna klara, bara skruvarna. E-post är krångligt på grund av krav på sekretess. Det går inte att skriva patientnamn eller personnummer, då måste man ha krypteringsprogram. Problemet är att det inte finns någon standard och att landstinget och praktikertjänst har olika system. En annan typ av kommunikation är att tandläkaren åker in till KKA när han har några planerade implantatbehandlingar. Då brukar han boka av en halvdag och ha konsultationstillfällen med en specialist. Förutom detta har Östhammar inget systematiskt informationsutbyte med KKA. Vid vissa tillfällen delar de dock information som inte direkt rör en remiss. Ett exempel är att KKA har tillgång till sjukhusets journal med övrig sjukdomshistoria, något som har varit av värde för honom vid något tillfälle. Ibland har någon av KKAs kirurger även kurser som inte sker i deras regi. Det kan vara tandläkarförbundet som anordnar det eller vid någon riksstämman. Tandläkaren menar att när man träffar någon från KKA brukar de nästan alltid säga att det vore jättetrevligt om han och hans personal kommer och ser en operation för att bättre förstå hur de gör. Det kan ge mervärden för sköterskorna att bättre förstå behandlingen och att det är något som de är positiva till. Det har dock aldrig skett hittills. Han har själv vid ett tillfälle varit med på en operation men menar att det var mer av praktiska skäl för patienten än för erfarenhetsutbyte. Han förklarar att han också är positiv till

idén egentligen men att det är svårt tidsmässigt och att det kostar mycket att ha stängt en halvdag. Även om det inte har skett ännu menar han att det är något som han vill kunna satsa på i framtiden. När det gäller finansiellt utbyte mellan kliniken i Östhammar och KKA menar tandläkaren att det inte finns något. Det finns inte heller något socialt utbyte mellan Östhammar och KKA idag. Den enda han kan tänka på är att han har arbetat länge i länet precis som specialisterna på KKA vilket gör att han har träffat dem många gånger. Men han menar att de inte ordnar någonting tillsammans. Däremot träffas tandvårdspersonal på en årlig riksstämma i november varje år där också KKA är med.

4.5.3 Lång sikt – relationen

Kliniken i Östhammar skickar även enstaka patienter till andra specialister. Ett exempel var en patient som ville gå till en speciell kirurg som tidigare arbetat på KKA. Det finns också en privat specialist i Gimo som är mycket närmare än Uppsala. Förut skickade kliniken några patienter dit, bland annat för att äldre patienter kan tycka att det är jobbigare att resa till Uppsala än att åka till en liten klinik i Gimo. Kliniken i Gimo hade också kortare väntetid och färre personer inblandade, något som gör det mindre krångligt för patienten. Men erfarenheten av att remittera dit är inte lika bra vilket beror på att de inte hade ett lika inövat samarbete. Det resulterade i att patienter kom tillbaks utan att han visste att behandlingen var påbörjad, det kom inga journalkopior och det var mindre ordning och reda. Sedan blev tandläkaren som drev kliniken sjukskriven ungefär ett halvår och under den tiden arbetade han endast halvtid. Därför ger privattandläkaren idag som förstaalternativ att åka till KKA i Uppsala. Om en patient istället säger att den vill till Gimo eller någon annan klinik remitterar han dem dit. Den enda gången han absolut insisterar på KKA är om behandlingen kräver tillgång till sjukhusets resurser. Principiellt har han inget emot att skicka patienter till privata eller andra kliniker och det fungerar oftast lika bra men det finns inget inarbetat sätt att arbeta mot dem, vilket det gör mot KKA. Den främsta anledningen till att Östhammar remitterar patienter till KKA är att han vet vilka de är och att han har bra erfarenhet av dem sedan tidigare, därför finns det ingen anledning att byta. Det gör att han i stor utsträckning kan förutspå hur det kommer att gå när han remitterar patienter dit, något som är viktigt eftersom han fungerar som spindeln i nätet. Det betyder att han skall informera och ge ett kostnadsförslag till patienten som innehåller all vård. En annan anledning är att KKA kan ta hand om allt, det kan man inte göra på ett litet ställe. Privattandläkaren menar också att KKA är bra på det logistiska. Kliniken i Östhammar får alltid remissanteckningar efter bara några dagar och ber de om det får de även CD-skivor

med röntgenbilder. Det är jättebra eftersom bilderna går att lägga in i klinikens journalsystem och dessutom slipper de att ta nya bilder och bestråla patienten en gång till. KKA är också duktiga på att berätta hur de vill att remisserna ska vara skrivna och vilken information som ska finnas med för att de ska kunna göra sitt jobb på bästa sätt. Därför har tandläkaren också försökt ändra på hur han skriver journalerna. När det gäller det kliniska arbetet, det vill säga själva vården av patienterna är kliniken i Östhammar jättenöjda. Det gäller även sättet som KKA behandlar patienterna på. Tandläkaren menar att de är trevliga, professionella och ger bra information så att patienterna känner sig lugna och trygga. Det finns dock en sak som fungerar mindre bra enligt privattandläkaren och det är debiteringsrutiner och kunskap om reglerna runt det. Han tror det beror på att det är så många som hanterar en patient hos KKA. Det gör att den som ska fylla i åtgärden de har gjort inte känner till bakgrunden på patienten. När det blir fel hos KKA leder det till att det blir fel i klinikens debitering mot patienten och/eller försäkringskassan. Då måste tandläkaren ringa till övertandsköterskan för att gnälla över att det har blivit fel. Men när han ringer fungerar det bra, då reds det upp och problemet blir löst.

Privattandläkaren i Östhammar menar att vissa saker kan ses som investeringar i relationen mellan hans klinik och KKA. Dels har han gått kurser för att kunna göra implantat, men det menar han samtidigt är något som många tandläkare gör. Något annat som han ser som en investering är varje gång som han åker in en halvdag och är med sina patienter på konsultation. Det menar han att kliniken förlorar cirka 10 000 kronor på i uteblivna intäkter. Han ser dessa tillfällen om utbildning och menar att han lär sig något nytt varje gång. Ibland tar han även med någon sköterska. Han tycker däremot inte att det finns något specifikt som KKA har investerat i för att stärka samarbetet. Han menar att de tycker att det är roligt att träffa remittenter men att de inte har avstått från något för att göra det.

5 Analys av fyra relationer enligt interaktionsmodellen

5.1 De olika organisationerna

På ett organisatoriskt plan liknar Käkkirurgiska avdelningen (KKA) och Kaniken varandra mest. De har ungefär lika många anställda, sysslar båda med specialisttandvård, tar endast emot patienter på remiss och har andra områden som forskning och utbildning. De har också ett närmare samarbete än KKA har med många andra remittenter. De tre övriga klinikerna är

alla mindre och gemensamt för dem är att de sysslar med allmäntandvård. Håkansson (1982) menar att organisationernas storlek, grad av specialisering och kunskapsnivå påverkar hur relationen ser ut. Han menar också att organisationernas tekniska egenskaper är grundläggande förutsättningar för samverkan. Med Kaniken har KKA mer av ett samarbete jämfört med de tre allmäntandvårdsklinikerna där relationen utgår mer från KKA. När det gäller de olika parternas strategiska arbete finns det några olika saker att ta hänsyn till. KKA har en etablerad verksamhetsplan även om den är från 2006. Problemet är att de anställda verkar osäkra på vad målen är. Jämför man med folktandvårdens (FT) kliniker nämner de framförallt ett centralt styrkort som går hela vägen ned på individnivå och det verkar där vara tydligare för de anställda vad målen är. Privattandläkaren i Östhammar har inget som liknar FTs styrkort utan arbetar istället efter en enklare vision om ”god munhälsa hela livet”. Viljan att alla patienter ska bli friska nämns på ett eller annat sätt av de flesta respondenter. Överlag verkar det som FT har tydligare mål än KKA och att de anställda är bättre informerade om dem. Något som också skiljer de olika parterna åt är att de är del av Akademiska sjukhuset (AS), Praktikertjänst och FT.

5.2 Kort sikt – utbytet mellan KKA och remittenterna

Håkansson (1982) menar att den kortsiktiga interaktionen mellan parterna i en relation kan delas upp i fyra utbyten. När det gäller relationen mellan KKA och remittenterna består tjänsteutbytet av de patienter som remitteras. Den vanligaste anledningen till att en patient remitteras är implantatkirurgi och i övrigt är det främst röntgen, smärtutredning, operationer eller sjukhustandvård. Här skiljer sig Kaniken lite från de andra remittenterna då de även har gemensamma ronder med KKA för att avgöra vart och hur patienten ska behandlas. Dessutom remitterar KKA även patienter till Kaniken även om de inte är lika många som de remisser de tar emot av dem. Några av de andra får visserligen besök av en kirurg vid något tillfälle per år för att titta på potentiella implantatpatienter. Håkansson menar att produkt- eller tjänsteutbytet ofta är kärnan i utbytet mellan parterna och att det har stor påverkan på relationen i helhet. Det stämmer i fallet med KKA och remittenterna. Remitteringen av patienterna är det viktigaste och vanligast förekommande utbytet mellan parterna. De tekniska förutsättningarna för att genomföra detta utbyte med olika journalsystem som inte fungerar med varandra har också stor påverkan på relationerna i stort. KKA tar emot remisser via fyra olika vägar. T4, pappersremisser, Cosmic och akutremisser som först kommer via telefon och sedan via någon av de tre andra vägarna. Det de anställda främst ser som ett problem är att T4 och Cosmic inte

är kompatibla med varandra. Det skapar irritation och extra arbete. Det är också många som är inblandade i remisshanteringen men här är ett förslag om central tidgivning på väg. Håkansson menar att det finns några viktiga aspekter av informationsutbytet. En av dessa är innehållet och speciellt då graden av teknisk, ekonomisk och organisatorisk information. Informationen som utbyts mellan KKA och remittenterna är framförallt tekniskt och berör sådant som är kopplat till remisserna men som inte går att förmedla automatiskt på grund av brister i systemen. Det kan handla om röntgenbilder, hur långt gången en behandling är, väntetid eller journalanteckningar. Detta utbyte sker främst via telefon eller e-post. Andra typer av information är kunskap via utbildning, ronder, konsultation och återkopplingsmöten. Återkoppling sker även via de remissvar som KKA skickar till remittenterna, något som inte har fungerat helt smärtfritt på grund av journalsystemen. Dock uppmärksammade en remittent att KKA inte får någon återkoppling och flera remittenter berättade att KKA sällan ser slutresultatet av en behandling. Det finns dessutom några andra sätt för KKA och remittenterna att kommunicera. Avdelningarna på sjukhuset kan KKA ha kontakt med via kommentarsfunktionen i Cosmic. När det gäller Kaniken har de läsbehörighet till Cosmic vilket gör att de kan läsa KKAs journaler. Detta är något som få andra har. Det finns därmed en mängd olika sätt att kommunicera på vilket tyder på att det informationsutbytet har en viss bredd. När det gäller finansiellt utbyte avviker relationerna mellan KKA och remittenterna något från interaktionsmodellen eftersom det är patienten som står för merparten av kostnaderna för behandlingen. Det gör också att detta utbyte är begränsat. Dock pekar både anställda på KKA och remittenterna på att utbildning är något som KKA tar betalt för. I avtalet med FT finns det reglerat vad som ska debiteras och vad som ingår. Personalen på KKA menar att det saknas möjligheter att ta betalt för konsultation men detta är något som ska ingå för FT enligt avtalet. Överlag verkar det som de flesta intervjuade inte är fullt informerade om detaljerna i avtalet. Det stämmer överens med Smith Ring & Van de Vens (1994) resonemang om att företag som har lärt känna varandra övergår från formella kontrakt till psykologiska kontrakt. Dessutom är det intressant att privata remittenter verkar få samma service som FTs kliniker trots att de inte omfattas av avtalet. Förutom utbildning fakturerar KKA remittenterna för vård av barn, friskvårdspatienter och patienter som har nått upp till högkostnadsskyddet. Det är i de fallen remittenten som sköter debiteringen mot patient. De flesta remittenter säger att det finansiella utbytet är begränsat om det än finns något. Det går därmed inte att värdera hur viktiga de olika relationerna är utifrån finansiellt utbyte så som Håkansson (1982) menar. Istället är det indirekt finansiellt utbyte via antal remisser som bör

fungera som värdering. Den viktigaste funktionen för socialt utbyte är att minska osäkerhet och stärka relationen mellan parterna på sikt (Håkansson, 1982). Personalen på KKA berättar att de har visst utbyte med andra kliniker men främst de som remitterar mycket. Samtidigt menar de intervjuade remittenterna att det sociala utbytet är begränsat och då är dessa remittenter utvalda för intervjuer just för att de remitterar många patienter. De allra flesta, både remittenter och anställda på KKA är överens om att det var mer utbyte när KKA var en del av FT. Några remittenter menar därför att det är oklart vilka fördelar flytten till AS har fört med sig. Håkansson menar att för att bygga upp förtroende mellan parterna i en relation är socialt utbyte nödvändigt. Men det är viktigt att notera att för att det ska få genomslag måste parterna låta det ta tid och låta det baseras på personliga erfarenheter och på utfallet av finansiellt, informations- eller tjänsteutbyte. De flesta menar att det finns en bra relation idag men frågan är hur den upprätthålls när respondenterna säger att socialt utbyte inte prioriteras. Det finns ändå vissa former av utbyte idag. Ett sätt är att delar av KKAs personal har arbetat på FT tidigare och har kontakter på grund av det. Andra sätt är olika typer av sammankomster som kurser, möten och konferenser. Tidigare har KKA haft remittentmöten men det var länge sedan nu. Det är dock något som flera menar att man borde satsa på. Remittenterna ser gärna att aktiviteter sker på kvällstid. Några remittenter menar att det enda utbytet som finns idag är om personalen känner varandra privat eller att en anställd tidigare har arbetat på KKA. Flera säger att för dem personligen är det inget problem eftersom de har arbetat länge och redan har ett kontaktnät med anställda på KKA. Det är svårare för nya tandläkare att skapa denna relation och få kunskap om vad och när de ska använda KKAs kompetens till.

5.3 Lång sikt – styrkor och svagheter i relationerna

Tre av de fyra remittenterna skickar även remisser till andra specialister. Då handlar det främst om andra specialiteter än de som KKA sysslar med. Det kan även handla om att en patient själv vill gå till en specifik specialist. Alla är dock överens om att de inte har något planerat sätt att skicka patienter någon annan stans idag, även om någon menar att det kanske förändras i framtiden. Kliniken i Östhammar har tidigare skickat patienter till en privat specialist i Gimo men de har inte lika bra erfarenhet av det på grund av att de administrativa bitarna med journalanteckningar och röntgenbilder inte fungerade lika bra. Idag skickar de främst patienter till KKA.

Personalen på KKA uppgav ett antal olika styrkor som de anser att avdelningen har. Bland annat pratade de om att KKA har en stor bredd och tillgång till sjukhusets resurser. De nämnde också att FTs kliniker ska skicka patienter enligt överenskommelse även om det var oklart för vissa hur den överenskommelsen ser ut i detalj. De menade att FT håller sig till offentlig vård medan privata väljer privata specialister. Det finns även en tradition som tar tid att ändra på. Det var mer oklart varför privata remittenter skickar patienter men personalen menade att det troligen har att göra med att de också har en bra relation till KKA. Håkansson (1982) menar att det i en relation långsamt byggs upp förväntningar som successivt blir institutionaliserade. Då kommer interaktionen mer att karakteriseras av traditioner än rationellt beslutsfattande. Remittenterna menade att den främsta anledningen till att de skickade patienter till KKA var att de behövde KKAs kompetens. Överlag verkar det finnas en stor tillit till KKAs kliniska förmåga, något som bland annat Morgan och Hunt (1994) menar är viktigt. En annan anledning som var ungefär lika viktig för remittenterna från FTs var avtalet som säger att de ska remittera dit. I övrigt handlar det bland annat om att KKA har tillgång till sjukhusets resurser, att parterna av hävd har en bra relation, att de har specialiteter som inte finns någon annanstans och att de behandlar patienterna bra. En sak som endast privattandläkaren i Östhammar lyfte fram var att KKA har bra logistik när det gäller remisserna, något de andra menade var problematiskt. Här blir det tydligt att FTs kliniker som har tillgång till T4 förväntar sig mer än vad Östhammar gör trots att de redan har en bättre logistisk situation. De anställda berättade att KKA även har andra styrkor förutom de anledningar de nämnde till att patienter remitteras dit. Avdelningen har hög kompetens, låga priser för patienterna, stort engagemang, egen röntgenenhet och nöjda patienter. De sa också att köerna nu var kortare än förut men var inte säkra på varför. Det kan beror på att KKA nu har mer personal eller att det är färre patienter. Även tillgången till narkos och sedering lyftes fram som något som konkurrenterna inte kan erbjuda. Remittenterna berättade inte om några styrkor som skilde sig från anledningarna till att de remitterade patienter.

Det som flest menade fungerar mindre bra idag, både bland personal på KKA och bland remittenterna, var remisshanteringen i de olika journalsystemen. Den ende som inte nämnde det var privattandläkaren i Östhammar, men de skickar sina remisser som brev och ser därför inte problemet på samma sätt. Dock måste KKAs personal hantera även dessa remisser manuellt. Problemen med journalsystemen skapar merjobb för personalen, gör att remittenterna inte kan se statusen på en behandling och att remissvar inte alltid går iväg.

Problemen har minskat på senaste tiden men är inte lösta. Ett annat problem som flera nämnde var debiteringsrutinerna. Vissa av remittenterna menar att KKA har dålig kunskap om regler och rutiner kring debitering av vissa behandlingar. Detta gör att remittenternas debitering mot kund och försäkringskassan blir fel, något som gör att de måste lägga tid på att rätta till det. Någon menar också att sättet som KKA debiterar FTs remittenter på inte följer de regler som finns för hur fakturor ska attesteras. Vissa av remittenterna menar också att servicen från KKA ibland kan kännas lite förströdd eller byråkratisk. Någon tror att det kan bero på att det är många personer som är inblandade i varje patientfall, vilket gör att kommunikationen ut mot remittent ibland blir oklar och kan ta tid. Personalen på KKA berättar dessutom om ett antal interna problem som finns. Det handlar om dålig förståelse för kompetensområden mellan enheterna och mellan olika positioner, att det känns som att käkkirurgiska enheten alltid går i första hand och svårigheter kring schemaläggning för att hinna med både vård, forskning, utbildning och ronder. Morgan och Hunt (1994) påpekar att engagemang från parterna i en relation är viktigt för att den ska bli framgångsrik. De anställda på KKA anser att det saknas initiativ från KKAs sida i kontakten med remittenterna. De menar att det idag är remittenterna som tar kontakt eller första steget till olika möjligheter att träffas i form av utbildning eller aktiviteter. Detta har även vissa remittenter pratat om och de menar att det framförallt för nya tandläkare hos dem skulle vara bra om KKA var bättre på att synas och berätta vad de är bra på.

Håkansson (1982) menar att parterna i en relation successivt anpassar sig till varandra i de utbyten som sker mellan dem. I fallet med KKA och deras remittenter finns det tecken på att de har anpassat sig till varandra. Såväl från KKAs sida som från remittenterna menar man att båda anpassar sig till varandra, att det finns en ömsesidig dialog och att det inte är något problem att samarbeta. KKA menar även att remittenterna till viss del styr genom remisserna de skickar. KKA försöker så långt det går att följa dem och dyker det upp problem diskuterar de med remittenten för att hitta en lösning. Håkansson (1982) säger även att anpassningen kan ske vid enskilda transaktioner eller över tid. Det kan också ske både medvetet och omedvetet. KKA pekar bland annat ut implantatverksamheten som ett område där de har försökt få remittenterna att anpassa sig till hur de vill göra. Ett exempel på anpassning är att kliniken i Östhammar har ändrat sitt sätt att skriva remisser efter att KKA har berättat vilken information de vill ska finnas med. Ett annat är att Kaniken har fått ta mer ansvar för hanteringen runt tandvårdsförsäkringen på grund av att KKA inte har samma kunskap om

den. Investeringar kan också ses som ett sätt att anpassa sig till varandra. Här berättar både KKAs personal och remittenterna om olika satsningar på utbildning. Både direkt genom exempelvis kurser och indirekt genom möjligheter att fråga vid ronder och liknande. Bland personalen på KKA tyckte flera att det var svårt att peka ut några specifika satsningar även om de menade att de fick de verktyg som behövdes för att kunna göra sina jobb. En remittent nämnde att KKAs kötider hade minskat mycket jämfört med ett år sedan och såg därför det arbete de lagt ner på det som en investering. Andra satsningar som nämndes var avdelningens nya röntgenapparat, telemedicinska ronder och förslaget om central tidgivning som är på gång. Något som de flesta var överens om var att det borde satsas mer på journalsystemen. En person menade att man borde utreda vad som går att göra och vad det skulle kosta, inte bara säga att det inte går att göra något. Andra åtgärder som nämndes var en jourtimme varje dag då remittenterna alltid kan få svar på sina frågor, en enkät till remittenterna för att få mer kunskap om deras åsikter, enklare operationer på plats hos remittenterna i utbildningssyfte och en förbättring av hemsidan.

6 Hur ser Käkkirurgiska avdelningens relationer ut?

Syftet med denna uppsats är att beskriva relationen mellan Käkkirurgiska avdelningen (KKA) och fyra av de kliniker som remitterar patienter till dem. Syftet är också att identifiera eventuella problem eller områden som kan förbättras för att stärka dessa fyra relationer. Det fanns därför två frågor formulerade i uppsatsens inledning varav den ena löd:

Hur kan relationerna till fyra av Käkkirurgiska avdelningens remittenter beskrivas utifrån den förenklade interaktionsmodellen?

Relationerna till de fyra remittenterna finns återgivna och analyserade utifrån den förenklade interaktionsmodellen i avsnitt 4 och 5. Här kommer därför endast de viktigaste aspekterna att beskrivas. Tjänsteutbytet i relationerna fungerar bra och alla remittenterna är nöjda med KKAs kliniska arbete, själva patientvården. Remittenterna menar att kunskap är en av avdelningens främsta styrkor. De fyra relationerna skiljer sig samtidigt från varandra. Med Kaniken har KKA mer av ett ömsesidigt samarbete än med de andra remittenterna. De är båda specialister och verksamheten fungerar på ungefär samma sätt. Här är det mer av ett givande och tagande, men förväntningarna på varandra är också större. I denna relation känns det inte som att dessa förväntningar ännu har blivit institutionaliserade på det sätt som Håkansson

(1982) pratar om. Rollfördelningen mellan parterna verkar inte vara helt klar. Med Västertorg och Bålsta finns det också ett tätt samarbete men med skillnaden att rollfördelningen är tydligare i specialist och allmäntandvård. I motsats till relationen med Kaniken har förväntningarna blivit institutionaliserade och relationen verkar inte ha ändrat karaktär mycket efter att KKA gick över till Akademiska sjukhuset (AS). Med Östhammar är relationen bra men integrationen är inte lika stor, exempelvis när det gäller datorsystem. En del i förklaringen till det är att Östhammar inte hör till folktandvården (FT) och att det därför inte finns samma typ av historia som till de tre övriga remittenterna.

Remittenterna som har deltagit i undersökningen menar att de framförallt skickar sina patienter till KKA, om inte patienten själv har ett annat önskemål. Detta beror både på att de upplever att KKA är duktiga och att det inte alltid finns något alternativ. Dessutom menar flera att tillgången till sjukhusets övriga resurser är en viktig anledning. Detta antyder också att urvalet av remittenter har följt de riktlinjer som lades upp. Detta behöver dock inte betyda att andra remittenter som inte har intervjuats för denna uppsats agerar på samma sätt. En viktig fråga för framtida marknadsföringsarbete är att se över möjligheten till att sammanställa statistik över hur många patienter som remitteras från olika kliniker, vilken typ av remisser det handlar om och andra eventuella viktiga data. Detta är en förutsättning för att kunna ta beslut om vilka satsningar som bör göras. För att få bättre kunskap bör KKA också ta större initiativ i kontakten med remittenterna. Ett sätt kunde vara att regelbundet diskutera med alla remittenter om de upplever att det finns några problem och vilka åtgärder som bör göras. Om detta sammanställdes skulle KKA få en god bild av vad de olika remittenterna tycker och därmed också få ökade kunskaper i vilka satsningar som behövs.

6.1 Käkkirurgiska avdelningens fortsatta marknadsföringsarbete

Uppsatsens andra frågeställning handlade om eventuella problem som de olika parterna upplever men även sådana som kan identifieras med hjälp av analysen utifrån den förenklade interaktionsmodellen. Frågan är formulerad på följande vis: *Kan några problem som påverkar samarbetet mellan parterna identifieras i dessa relationer?*

De problem som har identifierats sammanfattas nedan i tabell 2.

Remissystem	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar mer arbete för KKAs personal. • Remittenterna har dålig tillgång till systemen. • Remittenterna har inte möjlighet att se behandlingsstatus. • Remissvaren går inte alltid iväg som de ska.
Debitering	<ul style="list-style-type: none"> • Kunskapen om regler kan förbättras. • Attestering av fakturor till FT fungerar inte med dagens system. • Rutinerna kan förbättras. • Skapar problem för remittenterna gentemot patienter och försäkringskassan.
Service	<ul style="list-style-type: none"> • Känns ibland byråkratiskt. • Många inblandade. • Risk att något ”hamnar mellan stolarna”.
Internt	<ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om och respekt för andra enheter och anställda kan förbättras. • Vissa svårigheter att kombinera vård, forskning, utbildning och ronder. • Personal som flyttas runt gör att kompetensen ibland blir lidande.
Informations-, finansiellt och socialt utbyte.	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturen kring den kommunikation som sker vid sidan av remisserna kan förbättras. • Kunskapen om avtalet mellan KKA och FT kan förbättras. • Dåligt med initiativ från KKAs sida i kontakten med remittenterna.

Tabell 2 - Sammanställning över problem

Framförallt verkar respondenterna, oavsett om de arbetar på KKA eller någon av remittenterna, tycka att de största problemen är administrativa. Remissystemet måste ses över och enligt avtalet mellan AS och FT är det T4 som ska användas mellan KKA och FT-klinikerna. Det är därför upp till KKA att se till att det här fungerar. Samtidigt är det viktigt att göra det i samråd med remittenterna för att få till en så bra lösning som möjligt. Några viktiga områden är här att arbeta fram en rutin för hur remittenterna får reda på hur långt gången en behandling är, låta fler kunna ha läsrättigheter i Cosmic och att ordna så att

journaler går att överföra mellan T4 och Cosmic. Även debiteringsrutinerna behöver ses över. Alla remittenterna har haft någon typ av problem med detta och det skapar irritation och kräver extra resurser. Remittenterna upplever att KKA behöver bli bättre på vilka regler som gäller och stärka rutinerna kring hur debiteringen går till.

När det gäller de övriga tre utbytena; information, finansiellt och socialt finns det en del att arbeta med. Informationsutbytet fungerar inte dåligt idag men en del förslag har framkommit för att få till fler möjligheter att dela erfarenheter. Det finansiella utbytet regleras till stor del av avtalet som finns. Här handlar det snarare om att informera personalen på KKA hur reglerna ser ut och att diskutera med FT om detaljerna i avtalet fortfarande är aktuella, cirka tre och ett halvt år senare. En sak som bör noteras är också att avtalet endast reglerar samarbetet mellan FT och AS. De privata remittenterna faller utanför själva avtalet men rent praktiskt verkar det inte vara någon skillnad på hur samarbetet med dem ser ut. Detta borde också diskuteras. Det sociala utbytet är det som är svårast att se de direkta vinsterna av. Dock menar Håkansson (1982) att det är nödvändigt för att på lång sikt ha en lyckad relation. Av intervjuerna verkar det som att detta är något som inte har prioriterats sedan KKA gick över till AS och att mycket av utbytet baseras på redan etablerade kontakter. Risken är att om detta försätter kommer det också leda till att relationerna urholkas på sikt när personal byts ut och nya kommer in som inte har samma kunskap om KKA eller något kontaktnät bland personalen där. Därför bör KKA, precis som några av de intervjuade säger, vara mer aktiva i kontakten med remittenterna och själva ta initiativet till att bredda utbytet mellan parterna för att successivt stärka relationerna ännu mer. Även om de remittenter som har intervjuats överlag verkar nöjda med samarbetet med KKA bör det noteras att de rankas som några av de "bästa" kunderna av KKAs ledning. För att kunna arbeta vidare med relationerna även till de kliniker som inte är lika bra kunder idag bör Käkkirurgiska avdelningen därför lära sig av vad de bästa kunderna tycker.

6.2 Slutsats och vidare forskning

Uppsatsens resultat visar att det inte räcker för företag eller organisationer att leverera en bra tjänst eller produkt till andra organisationer. Tjänsteutbytet är den viktigaste delen av relationen mellan parter men det gäller även att se till att andra utbyten fungerar bra. Framförallt gäller det för en organisation att ta initiativet i dessa kontakter och vara lyhörd för vad kunder eller leverantörer tycker. Det är viktigt att tänka på att varje relation är unik och att de därför måste hanteras på olika sätt. Samtidigt kan organisationer lära sig från olika relationer och använda dessa lärdomar för att vara framgångsrika på längre sikt. De relationer som har undersökts i denna uppsats fungerar alla relativt bra men trots det finns det problem som behöver bearbetas.

Uppsatsens resultat är inte generaliserbara i den mån att de gäller för alla relationer mellan KKA och dess remittenter eller mellan organisationer på andra branscher men detta har samtidigt med att göra att varje relation är unik. Resultaten ger dock en inblick i hur relationer mellan organisationer kan fungera och det kan vara av intresse även i andra branscher eller på andra marknader. Vidare forskning kan göras i andra län för att jämföra och dra mer generella slutsatser om hur specialisttandvården i Sverige fungerar. En liknande studie skulle även kunna göras för andra delar av sjukvården. Där finns liknande förhållanden med kopplingar mellan vårdcentraler, privata kliniker och sjukhus. Även här är det finansiella utbytet mellan parterna troligen begränsat på grund av den sjukvårdstaxa som finns i Sverige.

Ett område som kan studeras vidare i fallet med Käkkirurgiska avdelningen är en övergripande studie över alla avdelningens remittenter. Här skulle även andra avdelningar på sjukhuset kunna tas med för att få en bättre bild av även denna del av KKAs verksamhet. Att fråga fler remittenter skulle också ge en bättre förståelse för hur kliniker som inte remitterar lika många patienter ser på relationen till KKA. Även konkurrenterna skulle kunna studeras närmare för att få en bättre förståelse för hur specialisttandvårdsmarknaden i Uppsala län fungerar.

Litteraturförteckning

- Axelsson, B., & Agndal, H. (2012). *Professionell Marknadsföring* (3:e upplagan uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Vol. 2). Malmö: Liber.
- Doyle, S. X., & Roth, G. T. (1992). Selling and Sales Management in Action: The Use of Insight Coaching to Improve Relationship Selling. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 12(Winter), 59-64.
- Encyclopædia Britannica Online. (2012). *Business Marketing: Encyclopædia Britannica*. Hämtat från <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/86275/business-marketing> den 24 05 2012
- Försäkringskassan. (den 09 03 2011). *Högekostnadsskydd för tandvård*. Hämtat från Försäkringskassan: http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/3b732322-5a33-4a36-9cd4-b41dcb5aa17a/tv_4128c_hogkostnadsskydd_for_tandvard.pdf?MOD=AJPERES den 23 05 2012
- Håkansson, H. (Red.). (1982). *International Marketing and Purchasing of Industrial Goods: An interaction Approach*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Håkansson, H., & Snehota, I. (1995). *Developing Relationships in Business Networks*. London: Routledge.
- Jacobsen, D. I. (2002). *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.
- Kingshott, R. P., & Pecotich, A. (2007). The impact of psykological contacts on trust and commitment in supplier-distributor relationships. *European Journal of Marketing*, 41(9/10), 1053-1072.
- Lövblad, M., Hyder, A. S., & Lönnstedt, L. (2012). Affective commitment in industrial customer-supplier relations: a psykological contract approach. *Journal of Buisness & Industrial Marketing*, 27(4), 275-285.

- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (July 1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38.
- Payne, A., & Frow, P. (2005). A Strategic Framework for Customer Relationship Management. *Journal of Marketing*, 69, 167-176.
- Riley, F. D., & de Chernatony, L. (2000). The Service Brand as Relationships Builder. *British Journal of Management*, 11, 137-150.
- Schakett, T., Flaschner, A., Gao, T. T., & El-Ansary, A. (2011). Effects of Social Bonding in Business-to-Business Relationships. *Journal of Relationship Marketing*, 10(4), 264-280.
- Smith Ring, P., & Van De Ven, A. H. (1994). Developmental Processes of Cooperative Interorganizational Relationships. *Academy of Management Review*, 19, 90-118.

Förteckning över respondenternas positioner

Käkkirurgiska avdelningen

- Tandsköterska
- Tandläkare
- Bokningssköterska
- Röntgensköterska
- Ortodontiassistent
- 2 Sjukhustandläkare (varav en arbetade även med käkkirurgi)

Remittenterna

- Folktandvården Västertorg – Klinikchefen (arbetar mer än 50 procent med patientvård).
- Folktandvården Bålsta – Klinikchefen (arbetar mer än 50 procent med patientvård).
- Folktandvården Kaniken – Klinikchefen (arbetar även men patientvård del av sin tid).
- Privattandläkare Östhammar – Tandläkaren som driver kliniken (arbetar merparten av sin tid med patientvård).

Bilaga 1 – Intervjumall för anställda på Käkkirurgiska avdelningen

- Vad har du för position?
- Vad innebär den rollen?
- Hur länge har du arbetat här?

Organisationen

- Hur skulle du beskriva avdelningen du arbetar på?
- Vilken typ av vård erbjuder ni patienterna?
- Vad har ni för målsättningar som ni arbetar mot?

Kort sikt – enskilda remisser

- Vad som händer när en patient remitteras till er?
- Hur kommunicerar ni med remittenterna?
 - Hur ofta kommunicerar ni?
 - Hur många är inblandade?
 - Vilka är det?
- Sker det någon form av återkoppling mellan enheterna?
- Förutom själva remisserna, delar du någon annan form av information med remittenterna?
- Finns det något finansiellt utbyte med remittenterna?
- Har du någon annan form av kontakt med remittenterna eller personalen där?

Lång sikt – den långsiktiga relationen

- Varför tror du att remittenterna skickar sina patienter till Käkkirurgiska enheten?
 - Vad är ni bra på?
 - Vad är mindre bra?
- Anser du att käkkirurgiska enheten på något sätt anpassar sig till remittenterna (eller tvärt om)?
 - Anser du att remittenterna anpassar sig till er?
- Är du medveten om några investeringar som har gjorts för att anpassa er verksamhet till remittenternas verksamhet (eller tvärt om)?
 - Materiellt: Utrustning, system, m.m.
 - Kunskap/Kompetens: utbildning, m.m.

Bilaga 2 – Intervjumall för remittenter

- Hur länge har du bedrivit verksamheten? / Hur länge har du arbetat här?
- Hur många är ni som arbetar här?
- Vad har du för roll?

Organisationen

- Hur skulle du beskriva er verksamhet?
- Vilken typ av vård erbjuder ni patienterna?
- Vad har ni för målsättningar som ni arbetar mot?

Kort sikt – enskilda remisser

- Hur går det till när ni remitterar en patient till Käkkirurgiska avdelningen på AS?
- Remitterar ni många patienter dit?
- Hur kommunicerar ni med käkkirurgiska?
 - Hur ofta kommunicerar ni?
 - Hur många är inblandade?
 - Vilka är det?
- Sker det någon form av återkoppling mellan er och käkkirurgiska?
- Förutom själva remisserna, delar du någon annan form av information med käkkirurgiska?
- Har ni något finansiellt utbyte med käkkirurgiska?
- Har du eller din personal någon annan form av kontakt med käkkirurgiska eller personalen där?

Lång sikt – den långsiktiga relationen

- Varför skickar du dina patienter till just Käkkirurgiska enheten?
 - Vad är de bra på?
 - Finns det något som är mindre bra?
- Skickar ni även patienter någon annan stans?
- Har ni någon gång bytt vart ni skickar patienter?
 - Finns det någon kostnad förknippad med att byta?
- Anser du att ni på något sätt anpassar er till käkkirurgiska (eller tvärt om)?
- Är du medveten om några investeringar som har gjorts för att anpassa er verksamhet till Käkkirurgiska avdelningens verksamhet (eller tvärt om)?
 - Materiellt: Utrustning, system, m.m.
 - Kunskap/Kompetens: utbildning, m.m.