



Et samarbeidsprosjekt mellom studenter
fra UiO og Oslo Universitetssykehus

Pakkeforløp for kreft

Evaluerings av pakkeforløp med
vekt på arbeidsprosesser og
organisering

Heidi Avila, Tora Regina M. Deglum, Marie
A. Eide, Lisa Ulrikke Vaage
Prosjektforum vår 2016

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Forord.....	4
1. Innledning.....	5
1.1 Tema og problemstillinger.....	5
1.2 Oppbygging og gjennomføring.....	6
2. Bakgrunn	6
2.1 Om pakkeforløp for kreft.....	6
2.1.1 Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	8
2.1.2 Pakkeforløp for lungekreft	8
2.2 Bakgrunn for pakkeforløpenes innføring.....	8
3. Teori	10
3.1 Organisasjonsteori	11
3.1.1 Organisasjonsstruktur	11
3.1.2 Organisasjonskultur	12
3.1.3 Hvordan sikre effektiv organisering	14
3.2 Kommunikasjon	15
3.2.1 Kommunikasjonslinjer.....	15
3.2.2 Kommunikasjonsnettverk	17
3.3. Ledelse.....	17
3.3.1. Styring vs. ledelse	17
3.3.2. Beslutningsteori	18
4. Metode.....	19
4.1 Metodevinkling.....	19
4.2 Casestudie.....	20
4.3 Utvalg	20
4.4 Intervju	21
4.4.1 Dybdeintervjuer	21
4.4.2 Fokusgrupper	21
4.5 Ikke-deltagende observasjon	22
4.6 Innholdsanalyse	22
4.7 Etiske utfordringer.....	23
5. Presentasjon av funn.....	24
5.1 Ansvarsfordeling	25
5.1.1 Forløpskoordinatorer.....	25
5.1.2 Forløpsledere	27
5.1.3 Beslutningsmyndighet.....	28

5.2	Samarbeid	29
5.2.1	MDT-møter	30
5.3	Kommunikasjonsflyt	31
5.3.1	Kommunikasjon mellom forløpskoordinatorer	31
5.3.2	Kommunikasjon mellom aktørene i forløpsteam	32
5.3.3	Kommunikasjon mellom avdelinger	33
5.4	Oppsummering av funn	33
5.5	Styrker ved pakkeforløpene	34
5.5.1	Bedre og raskere pasientforløp	34
5.5.2	Godt tverrfaglig samarbeid	35
5.5.3	God organisering	35
5.5.4	Oppsummering av styrker	36
5.6	Utfordringer ved pakkeforløpene	36
5.6.1	Målepunktene	36
5.6.2	Ressursmangel	39
5.6.3	Nedprioritering av andre pasienter	41
5.6.4	Mangel på et enhetlig system	41
5.6.5	Oppsummering av utfordringer	42
6.	Analyse og diskusjon	42
6.1	Hvordan uformelle og formelle strukturer påvirker organiseringen av pakkeforløpene	43
6.2	Organisasjonslæring	46
6.3	Kommunikasjon	47
6.3.1	Kommunikasjon i lederteam	47
6.3.2	Fra en koordinator til den neste	48
6.3.3	De ulike kommunikasjonskanalene	48
6.3.4	Når kommunikasjonen feiler	49
6.4	Ledelse innen pakkeforløpene	50
6.4.1	Beslutningstaking	51
6.5	Konklusjon med anbefalinger	52
6.5.1	Konklusjon	52
6.5.2	Anbefalinger	53
7.	Avslutning og oppsummering	56
	Bibliografi	58
	Vedlegg	60
	Vedlegg 1: Prosjektmandat	60
	Vedlegg 2: Samtykkeskjema	64

Sammendrag

Det er snart halvannet år siden de første pakkeforløpene for kreft ble innført ved Oslo Universitetssykehus (OUS). I denne rapporten fokuserer vi på organisering og arbeidsform i forbindelse med pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Vi tar utgangspunkt i de fire punktene som måles i forløpstiden: fra start pakkeforløp til start utredning (OF1), fra start utredning til klinisk beslutning (OF2), fra klinisk beslutning til start behandling (OF3), og det helhetlige målet fra start pakkeforløp til start behandling (OF4). Vi redegjør for hva som skjer mellom disse målepunktene, og vurderer hva som fungerer og eventuelt ikke fungerer. Hovedfokuset for rapporten er organiseringen av pakkeforløpene, og herunder ser vi på kommunikasjon og beslutningstaking. Til slutt foreslår vi mulige forbedringer ut fra de utfordringene vi identifiserer.

Datamaterialet er hovedsakelig basert på fokusgrupper og dybdeintervjuer med nøkkelpersoner innen de to pakkeforløpene, samt noe observasjon. Vi har kun snakket med aktører som innehar de nye rollene utviklet i forbindelse med pakkeforløpene: forløpsledere, forløpsansvarlige og forløpskoordinatorer.

Vi har observert styrker og svakheter ved organiseringen av pakkeforløpene for kreft, og vi har funnet at innføringen av pakkeforløpene har bedret og effektivisert pasientforløpene. Dagens organisering av pakkeforløpene er i stor grad personavhengig, noe som medfører utfordringer når nye aktører skal inn i systemet. De involverte aktørene legger inn mye ekstra innsats for at «prosjektet pakkeforløp» skal lykkes, og særlig koordinatorene har vært viktige for vellykkede pakkeforløp. Dette har resultert i gode forløpstider, men har for enkelte aktører ført til overarbeid og utbrenthet. Alle jobber for å holde kommunikasjonen åpen og kontinuerlig, men noen ledd har lett for å bli oversett, for eksempel på radiologisk og patologisk avdeling. Det er også noe uklarhet i rolle- og dermed ansvarsfordeling, og forløpsteamene har lite beslutningsmyndighet.

For å optimalisere organiseringen av pakkeforløpene for kreft, anbefaler vi at OUS foretar enkelte forbedringer. Blant annet bør koordinatorrollen standardiseres ytterligere, flere målepunkter bør vurderes, og koordinatorene bør ha mer beslutningsmyndighet innenfor visse områder. I tillegg bør OUS grundig overveie om flere ressurser kan settes inn i pakkeforløpene.

Forord

Dette er et prosjekt som er gjennomført i forbindelse med faget Prosjektforum ved Universitetet i Oslo. Vi føler at dette har vært en interessant og lærerik prosess som har gitt oss innblikk i en bransje vi ikke tidligere var kjent med.

Vi vil gjerne rette en stor takk til oppdragsgiver ved Per Magnus Mæhle og Ingvild Strømsholm for god hjelp og nyttig veiledning, og innføring i forbindelse med pakkeforløpene.

Videre ønsker vi også å takke alle våre informanter for at de tok seg tid til å snakke med oss, tross sine travle arbeidshverdager. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til – tusen takk! En spesiell takk til Marianne Grønlie Guren og Stein Kvaløy for nyttige tilbakemeldinger på førsteutkastet vårt. Det var til stor hjelp.

Vi vil også rette en stor takk til vår kjære veileder, Berit Bringedal, for støtte, oppmuntring og verdifull veiledning.

Til slutt vil vi takke hverandre for et morsomt og annerledes halvår. Gruppearbeidet har til tider vært krevende, men vi har også hatt det mye moro.

God sommer!

Oslo, mai 2016

Heidi, Tora, Marie og Lisa.

1. Innledning

1.1 Tema og problemstillinger

I oppdragsdokumentet for Oslo universitetssykehus (OUS) for 2015 fikk sykehuset i oppdrag å innføre pakkeforløp for kreft, slik at pasientene kunne få en standardisert vei gjennom utredning og til eventuelt start av behandling for kreft. Den 1. januar 2015 ble de fire første pakkeforløpene for kreft innført i Norge: lungekreft, tykk- og endetarmskreft, brystkreft og prostatakreft.¹

I denne rapporten fokuserer vi på organisering og arbeidsform i forbindelse med pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Vi tar for oss de fire punktene som måles i forløpstiden: fra start pakkeforløp til start utredning (OF1), fra start utredning til klinisk beslutning (OF2), fra klinisk beslutning til start behandling (OF3), og det helhetlige målet fra start pakkeforløp til start behandling (OF4). Vi redegjør for hva som skjer mellom disse målepunktene, og vurderer hva som fungerer og eventuelt ikke fungerer. Vi foreslår så mulige forbedringer ut fra de utfordringene vi identifiserer.

Vi kommer frem til styrker og svakheter ved dagens organisering, herunder eventuelle flaskehalser og uklarheter rundt ansvar og rolledeling. Vi ser også på kommunikasjonsflyten mellom avdelingene innenfor hvert av våre to pakkeforløp. Vi studerer informasjonsstrømmene og kommunikasjonslinjene, samt organiseringen mellom avdelingene.

Dermed har vi jobbet ut fra følgende hovedproblemstilling:

P1: Hvordan organiseres samarbeidet og ansvarsfordelingen innenfor pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft mellom avdelingene?

Herunder vil vi også se nærmere på følgende underproblemstillinger:

P2: Hvordan fungerer kommunikasjonsflyten generelt og mellom målepunktene?

P3: Hvem tar beslutninger?

P4: Hva er styrker og svakheter, og hvor kan det ligge forbedringsmuligheter?

¹ Helsedirektoratet: «Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017»

P1 omfatter en helhetlig vurdering av hvordan de relevante aktørene samarbeider og hvordan ansvaret er fordelt mellom dem. Her vil det også være relevant å diskutere hvorvidt den nåværende ansvarsfordelingen er ideell. P1 er videre spesifisert i P2 og P3.

P2 innebærer en vurdering av kommunikasjonen mellom aktørene. Det er særlig i overgangen mellom målepunktene, når ansvaret går fra en avdeling til en annen, at god kommunikasjonsflyt er vesentlig.

P3 handler om å se hvor beslutningsmyndigheten ligger i pakkeforløpene, hvem av de relevante aktørene som har mandat til å ta beslutninger.

P4 omfatter alle temaene vi tar opp i rapporten. Den overordnede hensikten med studien er å komme frem til tiltak som kan forbedre organiseringen av pakkeforløpene for kreft, og det er derfor naturlig å vurdere hva som fungerer og ikke i dagens organisering.

1.2 Oppbygging og gjennomføring

- Kapittel 2 omhandler bakgrunnen for innføringen av pakkeforløpene for kreft, samt en del generell informasjon om pakkeforløp og litt spesifikt om pakkeforløpene for tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Hele kapittelet bygger på helsetjenestens beskrivelse av pakkeforløp.
- I kapittel 3 gjør vi rede for hvilke teoretiske perspektiver vi bruker.
- De ulike metodiske tilnærmingene vi har brukt, blir gjennomgått i kapittel 4, i tillegg til refleksjoner rundt etiske utfordringer.
- I kapittel 5 presenterer vi funnene vi kom frem til i løpet av arbeidet med rapporten.
- I kapittel 6 analyserer og diskuterer vi våre funn i lys av de teoretiske perspektivene. Her diskuterer vi også hva som fungerer godt og hva som kan forbedres, og kommer med konkrete forslag til hvordan OUS kan bli bedre.
- I kapittel 7 oppsummerer vi de viktigste funnene og anbefalingene.

2. Bakgrunn

2.1 Om pakkeforløp for kreft

Helsetjenesten beskriver et pakkeforløp som et standardisert pasientforløp, som redegjør for alle vesentlige aspekter ved en pasients behandlingsforløp. Dette inkluderer organisering, kommunikasjon, ansvarsfordeling og forløpstider. Et pakkeforløp for kreft igangsettes når

OUS mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft. For hver krefttype finnes det faglige kriterier for hva en begrunnet mistanke innebærer, og hvilken filterfunksjon som kan bidra til å bekrefte eller avkrefte mistanken. Når en pasient er tatt inn i et pakkeforløp, har hun/han rett på utredning, initial behandling – primærbehandling og planlagt etterbehandling – og oppfølging og behandling av eventuelle tilbakefall. Pakkeforløpet er utarbeidet med gjennomsnittspasienten i bakhodet, men ytterst få passer helt inn i denne modellen. Det standardiserte pakkeforløpet blir derfor spesialtilpasset for hver pasient, og pasienten har medbestemmelsesrett. Dermed kan både pasientens livssituasjon og ønsker tas med i betraktningen.

Pakkeforløpene er delt opp i ulike faser, som utgjør målepunkter for sykehusene. Forløpstidene er mål som oppgir den maksimale tiden hver fase i pakkeforløpet bør ta, og angis i kalenderdager. Koder registreres ved slutten av hver fase, og slik blir forløpstidene monitorert. Hensikten med forløpstidene er å få ned unødvendig ventetid, og anses som retningsgivende. Også disse er standardiserte ut fra en gjennomsnittspasient og et gjennomsnittssykehus. Det tas dermed ikke hensyn til ferier og helligdager, og heller ikke til begrensninger hos de enkelte helseforetakene, i form av kapasitet eller andre særskilte ressursbegrensninger.

Et forløpsteam har ansvaret for pasientene gjennom et pakkeforløp. Dette krever tett samarbeid og god kommunikasjonsflyt. Det er ansatt én forløpskoordinator pr. avdeling for hvert pakkeforløp. Koordinatorene har ansvaret for å organisere pakkeforløpet for hver enkelt pasient, og løse pasienten gjennom det som skal gjøres på hver avdeling. I tillegg er det forløpsansvarlige på hver avdeling, som har fagansvaret innen sine respektive avdelinger. De forløpsansvarlige har blant annet ansvaret for å videreformidle problemer til linjeledelsen. Linjen har beslutningsmyndighet når det er dissens i teamet. Én forløpsleder er utnevnt på hvert pakkeforløp, og denne har et overordnet ansvar for å følge opp pakkeforløpene, og kan løfte problemene videre fra linjen og opp til ledelsen.

Alle de involverte i et pasientforløp møtes på multidisiplinære teammøter (MDT-møter), som avholdes ukentlig. Det er flere involvert i forløpsteamene enn nøkkelpersonene vi fokuserer på her, blant annet ansatte på henvisningsmottak, leger som vurderer henvisninger og personell som booker avtaler. På MDT-møtene diskuterer de pasientenes sykdomsforløp, og ulike behandlingsalternativer for dem. Hensikten er å komme frem til en anbefaling om

klinisk beslutning, som legen så diskuterer med hver enkelt pasient, før selve behandlingen igangsettes.²

2.1.1 Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft

Pakkeforløpet for tykk- og endetarmskreft omfatter pasienter med mistanke om denne krefttypen. Det er den nest hyppigste kreftformen i Norge. Tykktarmskreft er like vanlig hos både kvinner og menn, mens endetarmskreft oftere rammer menn. Det er en relativt lav terskel for å bli henvist til et pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft. En er oftest over 40 år gammel, og må ha minst et av tre symptomer: uavklart blødning fra tarmen, funn av tumor eller polypp ved ano-/rektoskopi, og endring av et ellers stabilt avføringsmønster i over fire uker. Dermed er det svært mange som begynner et slikt pakkeforløp, men heldigvis har de fleste av dem ikke kreft.³

2.1.2 Pakkeforløp for lungekreft

Pakkeforløpet for lungekreft omfatter pasienter med mistanke om denne krefttypen. Lungekreft er krefttypen som fører til flest dødsfall i Norge. Flertallet av dem som får lungekreft er eller har vært røykere. Det er vanligst blant dem mellom 50 og 80 år. Ved mistanke om lungekreft etter CT eller røntgen thorax, vil en pasient henvises til dette forløpet. Funn av kreftceller som kan knyttes til lungekreft fører også til en henvisning til pakkeforløpet for kreft.⁴

2.2 Bakgrunn for pakkeforløpenes innføring

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastlegene i 2014, og videre ble pakkeforløpene implementert i helsetjenesten i løpet av 2015. Til sammen har 21 arbeidsgrupper utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere, etter dansk modell. Diagnoseveilederne skulle klargjøre hva begrunnet mistanke om kreft innebærer, slik at legene lettere kan diagnostisere. Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som omfatter alt fra henvisning til spesialhelsetjenesten til oppfølging og kontroller. Forløpstider er fastsatt med grunnlag i medisinsk faglig forsvarlig ventetid mellom de ulike målepunktene i forløpet. Pasienten skal få informasjon og kunne ta beslutninger om behandlingen på egne vegne.

2 Hele delkapittelet er basert på Helsedirektoratets «Om pakkeforløp på kreftområdet»

3 Helsedirektoratet: «Introduksjon til pakkeforløp for tykk –og endetarmskreft»

4 Helsedirektoratet: «Introduksjon til pakkeforløp for lungekreft»

Det er utarbeidet en nasjonal plan for hvordan pakkeforløpene for kreft skal gjennomføres. Planen omfatter tiltak for de regionale helseforetakene og sykehusene, hos fastlegene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den nasjonale planen omfatter også verktøy for å kode og måle selve utøvelsen av pakkeforløpene. Erfaringer fra Danmark viser at pakkeforløp gir forutsigbarhet for pasienter, pårørende og fastleger. Det gir samtidig sykehuset et nyttig styringsverktøy. I Norge, som i Danmark, publiseres resultater for hver helseregion hvert kvartal. Dette gir hvert enkelt sykehus mulighet til å se hvor i behandlingsforløpet eventuelle problemer oppstår, for så å kunne gripe inn. Og det gir myndighetene mulighet til å følge med på overordnet plan.

Utarbeidelse og implementering av pakkeforløp for kreft er forankret i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, og i oppdragsdokument til landets fire regionale helseforetak. I oppdragsdokumentet til OUS for 2015 ble det bestemt at de 28 pakkeforløpene skulle innføres trinnvis. I første pulje var de fire krefttypene med størst utbredelse: lungekreft, tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og brystkreft. Fra mai 2015 ble 10 nye forløp innført, og i september ble de siste 14 pakkeforløpene implementert. En særskilt utfordring ved innføring av pakkeforløpene har ifølge våre informanter vært å kunne monitorere forløpene gjennom koding i det pasientadministrative systemet (DIPS) på definerte målepunkter, med rapportering til Norsk pasientregister for månedlig tilbakemelding og publisering.

Proessen med implementering av pakkeforløpene har i seg selv gitt mye nyttig kunnskap og viktige sider ved gjennomføring av de aktuelle pasientforløpene. OUS har siden februar 2015 jevnlig fått data som viser innfrielsesgraden av tidsfristene i forløpet. Dette gir mulighet til å sammenligne og trekke erfaringer på tvers av ulike forløp og sykehus. Ved enkelte sykehus er målsetningene på visse områder nådd, men ved andre er det fremdeles betydelige utfordringer. Kunnskap og læring utviklet gjennom de erfaringer som er gjort, kan nyttiggjøres ved forbedringer i pakkeforløp for kreft, og også ved etablering av andre pasientforløp som etter hvert kan bli innført.

Tiltak for forbedring av pasientforløp og styrking av tverrfaglig samarbeid er sentrale temaer i denne rapporten. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom Norges forskningsråd på nasjonal basis starte en evaluering av implementering av pakkeforløpene for kreft. En slik evaluering ligger litt frem i tid, og vil heller ikke gå i dybden når det gjelder spesifikke detaljer knyttet til organiseringen av pakkeforløpene ved OUS. På bakgrunn av dette og

oppdraget fra OUS vil vi gjennom dette prosjektet gjennomføre en evaluering av to av pakkeforløpene som er innført ved Ullevål Sykehus, henholdsvis lungekreft og tykk- og endetarmskreft.⁵

3. Teori

«Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene gir forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.»⁶

Som nevnt tidligere formulerte vi fire operasjonelle problemstillinger som omhandler organiseringen av samarbeidet og ansvarsfordelingen, kommunikasjonen, samt styrker og svakheter i pakkeforløpene. I analysen og diskusjonen av det vi observerte baserer vi oss på organisasjonsteoretiske perspektiver.

For å sikre at pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft skal fungere best mulig, er det viktig å kjenne den konkrete konteksten. Pakkeforløp tilbys i alle helseforetak i Norge, men vår studie er avgrenset til OUS. Hvordan OUS er organisert og hvordan de organiserer sine pakkeforløp er interessant for oss. Hensikten med teori er å bidra til å forstå det vi studerer. Her tar vi for oss struktur, kultur og læring innad i organisasjoner, og hvordan disse perspektivene innvirker på organiseringen og måloppnåelsen til pakkeforløpene. Vi har derfor valgt å starte teoridelen med å gi et innblikk i organisasjonsteori, ettersom det er grunnleggende for å forstå hva som påvirker og blir påvirket av organisasjonen.

En annen faktor med stor betydning i gjennomføringen av pakkeforløpene er kommunikasjon, som er svært tett koblet til organiseringen. Kommunikasjonen innad i forløpene påvirkes av både den formelle og den uformelle organiseringen, og handler blant annet om pasientbehandling, rutiner, logistikk og ansvar. Ledelsen har mye av ansvaret for å sikre klare kommunikasjonslinjer og dermed effektiv organisering, da det er avgjørende at ledere kan kommunisere klart til de ansatte, samtidig som de er åpne for innspill.

⁵ Basert på prosjektmandatet (Vedlegg 1).

⁶ Helsedirektoratet: «Om pakkeforløp på kreftområdet»

Slik er ledelsen enda en faktor som spiller inn på mulig suksess av pakkeforløpene. Ledelsen skal ha en aktiv rolle i organiseringen og gjennomføringen av pakkeforløpene.⁷ Vi har derfor valgt å gjennomføre intervjuer med forløpsledere og forløpsansvarlige for å få en forståelse av deres rolle og involvering i pakkeforløpene. Ledelse kan også sees i sammenheng med organisering, ettersom de har det overordnede ansvaret for dette.

3.1 Organisasjonsteori

3.1.1 Organisasjonsstruktur

En kan skille mellom en organisasjons formelle og uformelle struktur. Førstnevnte omfatter de regler og prosedyrer som skal etterfølges av de ansatte. Sistnevnte kan regnes som organisasjonskultur,⁸ og tas opp i del 4.1.2. Enhver organisasjon har en formell struktur, som er upersonlig og uavhengig av aktørene. På bakgrunn av strukturen, kan arbeidsoppgaver fordeles, aktiviteter koordineres innen organisasjonen, og atferd reguleres. Dette effektiviserer arbeidet innad i organisasjonen og skaper forutsigbarhet for de ansatte, skjønt strukturen også kan bidra til ineffektivitet. Hensikten med den strukturelle utformingen er at den skal understøtte organisasjonens mål, slik som at helsepersonellet ikke skal hindres i å utføre godt medisinsk arbeid på bakgrunn av strukturelle barrierer. Som vi skal se, er det en viss uforutsigbarhet i at mennesker er frie aktører, at makten kan være desentralisert, og at omgivelsene påvirker organisasjonen.⁹

Henry Mintzberg delte organisasjoner opp i fem deler, med fokus på hvilken type arbeid som utføres: en operativ kjerne, en mellomledelse, en toppledelse, en teknostruktur og en støttestruktur. Den operative kjernen står for produksjon og tjenester som må utføres for at organisasjonen skal kunne nå sine mål; mellomledelsen koordinerer og regulerer produksjonen, og formidler informasjon til og fra den operative kjernen; toppledelsen har det administrative ansvaret i organisasjonen; aktører i teknostrukturen er ansvarlig for planlegging, utforming av rutiner og opplæring; og aktørene i støttestrukturen står for praktiske oppgaver utenfor produksjonen.¹⁰

Mintzberg skilte også mellom fem idealtypiske organisasjonsformer, basert på hvilken funksjon som er den dominante. Et sykehus faller innunder idealtypen profesjonelt byråkrati. I

⁷ Helsedirektoratet: «Implementering av pakkeforløp for kreft»

⁸ Grey 2013, 26

⁹ Jacobsen and Thorsvik 2013, 121

¹⁰ Jacobsen and Thorsvik 2013, 95

slike organisasjoner er beslutningsmyndigheten desentralisert, ettersom de ansatte i den operative kjernen er profesjonelle – helsetjenesten omfatter hovedsakelig tjenesteproduksjon. De ansattes kompetanse er standardisert,¹¹ men ettersom det aller meste av det som foregår involverer mange mennesker og profesjoner, er det vanlig å sjekke med noen andre i organisasjonen før man handler. Dersom det er uklarhet rundt ansvarsfordelingen, kan det føre til dobbeltarbeid og gråsoner. Profesjonelle byråkratier er effektive og faglig overlegne. Samtidig oppstår det lett konflikter, noe som gjør det krevende å samarbeide. Dette fordi ulike profesjoner og spesialiseringer innenfor organisasjonen kan medføre uenigheter og dermed problemer i tverrfaglig samarbeid, som er blitt svært viktig med innføringen av pakkeforløpene. Så til tross for den overordnede organisasjonsstrukturen, kan kulturelle forskjeller føre til store ulikheter innad i organisasjonen.¹²

3.1.2 Organisasjonskultur

Organisasjoner har egne kulturer, som påvirker hvordan ting blir gjort. Samtidig påvirkes kulturen av aktørene selv. Organisasjonskulturen innebærer de normer, verdier og ideologier som medlemmene deler.¹³ På samme måte som den formelle strukturen, har også den uformelle organisasjonskulturen innvirkning på atferden til de ansatte. Kulturen kan være preget av en opplevelse av tilhørighet og tillit, samtidig som den kan legge til rette for samarbeid og koordinering. En god organisasjonskultur motiverer en til å jobbe hardt, og styrer retningen for arbeidet.¹⁴ Men kulturen kan også være ødeleggende, og virke demotiverende og splittende. På samme måte som med strukturen, kan altså kulturen både virke positivt og negativt inn på dem som jobber der, og på kvaliteten og effektiviteten i arbeidet.

Kulturen knyttes vanligvis til en organisasjons overlevelse, ettersom en svak eller inkoherent kultur kan føre til at organisasjonen faller fra hverandre eller at den avvises av andre organisasjoner med påvirkningsmakt. Dette er litt annerledes innen offentlig sektor, da offentlige organisasjoners nytte for samfunnet oftere fører til omorganisering enn avvikling, skjønt heller ikke de er udødelige. Kulturen kan imidlertid ha verdi for offentlige organisasjoner, ettersom den kan danne fellesskap for de ansatte, som sammen skal realisere

¹¹ Jacobsen and Thorsvik,99;Eriksson-Zetterquist, et al. 2014, 161

¹² Thommesen 2010, 63

¹³ Eriksson - Zetterquist , et al. 2014,230

¹⁴ Jacobsen and Thorsvik 2013,127

mål. Det blir særlig viktig for sykehus, som har en så fundamental rolle i samfunnet, skjønt de ikke alltid fungerer like optimalt. Organisasjonskultur kan også hevdes å være et mål i seg selv, som bidrar til læring og utvikling av de ansatte.¹⁵ Men kulturen kan samtidig ødelegge for de ansatte, blant annet dersom den er ekskluderende eller elitistisk.

En organisasjons kultur er sjelden helt homogen, og forekomsten av ulike subkulturer er vanlig i store organisasjoner, som sykehus. Det er nærmest utenkelig at en arbeidsplass med mange tusen ansatte skal bestå av en og samme kultur. Joanne Martin¹⁶ utarbeidet tre ulike perspektiver på organisasjonskultur, som både kan kombineres og sees på hver for seg: integreringsperspektivet, differensieringsperspektivet og fragmenteringsperspektivet. Førstnevnte er en helhetlig kultur, preget av konsensus. Den neste preges av subkulturer, som fungerer uavhengig av hverandre, skjønt konflikter mellom dem kan oppstå. Sistnevnte er preget av svært ulike kulturer, som fører til tvetydighet og ustabil konsensus.¹⁷ OUS er på en side en enhetlig kultur med kollektive mål og strategier, særlig i forbindelse med innføringen av pakkeforløp for kreft. På den annen side opplevde vi at hvert pakkeforløp, og til dels hver avdeling, er sin egen subkultur, som har sine egne normer og verdier. Et slikt mangfold av differensierte kulturer kan føre til kreativt samarbeid, men det kan også resultere i et utydelig bilde utad og det kan være vanskelig å koordinere innad.

Organisasjonskulturen etableres i stor grad av de ansatte. Da er sammensetningen av aktører innen en organisasjon med på å etablere kulturen, og dette krever god ledelse. På samme tid er det et ytre press fra organisasjonens omgivelser til å utvikle en spesifikk type kultur. Dette er særlig relevant for offentlige institusjoner som har et samfunnsansvar, for eksempel å tilstrebe at man bruker miljøvennlige ressurser. I omstillingsprosesser kommer organisasjonskulturen tydeligere frem, og den må kanskje omformuleres for å følge store endringer.¹⁸ Mye måtte omorganiseres da pakkeforløpene ble innført, og det vil ta tid før den nye kulturen pakkeforløpene førte med seg, naturaliseres innen helseforetaket. Med pakkeforløpene har en ny måte å snakke om kreft på vokst frem. Det har fått mer fokus, både politisk og innad i

¹⁵ Christensen, et al. 2004, 49

¹⁶ Jacobsen og Thorsvik 2013, 142

¹⁷ Jacobsen and Thorsvik 2013, 149

¹⁸ Christensen, et al. 2004, 54

OUS. Derfor er det viktig med en felles kommunikasjonsstrategi for sykehusene, som tar hensyn til både interne og eksterne behov.¹⁹

3.1.3 Hvordan sikre effektiv organisering

Da det ble bestemt at pakkeforløpene for kreft skulle innføres, måtte OUS tilegne seg en del ny kunnskap for å kunne iverksette endringene på best mulig måte. Innføringen krevde omorganisering av ressursene ved helseforetaket – en måtte sørge for at det var satt av tilstrekkelige ressurser til å de nye funksjonene og rollene. Dette gjaldt både teknologiske ressurser, som utstyr og datasystemer; økonomiske ressurser, som er konkrete midler satt av til pakkeforløpene; og menneskelige ressurser. For å kunne organisere på en mest mulig effektiv måte ved implementeringen av noe nytt, må opplæring til, enten formelt eller uformelt. Og for å sikre kvaliteten på den medisinske behandlingen, må organisasjonens medlemmer både lære av sine feil og våge å tenke nytt.

Organisasjonslæring kan kort defineres som strategisk læring på organisasjonsnivå.

Organisasjonslæringen «startet som et prosjekt med sikte på å avdekke og korrigere den gjeldende kunnskapen som organisasjoner har, og som kan virke hemmende på ny læring».²⁰ Mye av ansvaret for organisasjonslæring ligger hos ledelsen. De står ansvarlige for å ta tak i problemer etter hvert som de oppstår. Det er mange måter å gå frem for å sikre læring i organisasjoner. Den vanligste er enkeltkretslæring, som går ut på å lære av sine feil. Når man oppdager at noe ikke fungerer optimalt, justerer man eksisterende rutiner. Noe sjeldnere er dobbeltkretslæring, som handler om nytenkning. Da beveger en seg utenfor organisasjonens vante referanserammer, og er innstilt på endring. Dette krever at en har kapasitet til å tilegne seg den vesentlige informasjonen for å igangsette endringsprosesser.²¹

For at organisasjoner skal kunne overleve, er det avgjørende at de utvikler seg. Som nevnt er ikke overlevelsesaspektet like prekært for offentlige organisasjoner som for private bedrifter, ettersom førstnevnte har så grunnleggende samfunnsoppgaver. Det er allikevel fruktbart for sykehuset å være en lærende organisme, som kan ta til seg kunnskap og utvikle seg regelmessig. Dette gjøres gjennom å utvikle en grundig forståelse av organisasjonen, å oppfordre til personlig mestringsevne for de ansatte, å oppmuntre til teamarbeid, å formidle

¹⁹ Jacobsen and Thorsvik 2013,149

²⁰ Kaufmann and Kaufmann 2009, 198

²¹ Eriksson-Zetterquist , et al. 2014, 23; Kaufmann and Kaufmann 2009, 199

og skaffe oppslutning om en felles visjon, og å oppmuntre alle de ansatte til å se sin rolle i organisasjonen som helhet.²² For at dette skal kunne realiseres, må det finnes et system som oppretter, opprettholder og viderefører kunnskap i organisasjonen, og organisasjonen må ha gode praksiser for kommunikasjon.

3.2 Kommunikasjon

«Kommunikasjon i organisasjoner kan defineres som en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt»²³

Kommunikasjon er fundamentalt for sosial interaksjon, og avgjørende for at en organisasjon skal fungere. Og med all den nye teknologien som har blitt introdusert de siste tiårene, har kommunikasjon blitt enda viktigere, ettersom kompliserte teknologiske kommunikasjonsverktøy kan ødelegge for produktivitet.²⁴ Med lettfattelige, standardiserte kommunikasjonsverktøy kan derimot driften effektiviseres. Det er mange måter å kommunisere på, og ulike sfærer i samfunnet har sine særegne kommunikasjonssystemer. En må kjenne til og beherske kommunikasjonssystemet til en organisasjon for å anses som et fullverdig medlem, og for å bidra til mest mulig effektiv – og i dette tilfellet – sikker drift av organisasjonen.²⁵ Kunnskapsdeling har også fått mer betydning, noe som fører til mer bruk av teamarbeid. En konsekvens av det er et økt behov for koordinering, og dermed økte krav til kommunikasjon.²⁶ Dette gjelder uten tvil for pakkeforløpene for kreft, som krever omfattende samarbeid på tvers av avdelinger og sykehus.

3.2.1 Kommunikasjonslinjer

Den mest elementære kommunikasjonsmodellen omfatter en avsender, et budskap og en mottaker. Den bygger på at kommunikasjon defineres som en intensjonell handling med sikte på å gjøre noe kjent for noen. Denne modellen er relativt individualistisk, og tar ikke hensyn til forhold utenfor aktøren. Et motstykke til dette perspektivet på kommunikasjon er den sosiologiske nettverksmodellen. Denne er nyttig for å se hvordan mange aktører passer inn i et

²² Kaufmann and Kaufmann 2009, 201

²³ Jacobsen and Thorsvik 2013, 280

²⁴ Jacobsen and Thorsvik 2013, 278

²⁵ Blakar 1984 21-22

²⁶ Blakar 1984, 37; Jacobsen and Thorsvik 2013, 281

kommunikasjonssystem, og hvilke kanaler som er i bruk for å spre informasjon. Den fokuserer imidlertid kun på det kollektive, og utelater individet.

En sammensatt kommunikasjonsmodell, som har som mål å kombinere disse to perspektivene og dermed inkludere både samfunnsmessige og situasjonelle forhold, har blitt utviklet. Den inneholder blant annet valg av formulering fra avsenders side, som kan inneholde verbale og non-verbale symboler; ulike tolkningsalternativer, ettersom ulike mottakere kan tolke budskapet ulikt; tilbakemeldinger, som kan påvirke avsender til å revurdere budskapet; og kontekst, som påvirker hele kommunikasjonssituasjonen.²⁷

For å kunne si noe om kvaliteten på kommunikasjon, må man se på både det individuelle og det kollektive. Måten en aktør kommuniserer på og hvem aktøren kan kommunisere med, er avhengig av hvor i nettverket hun/han befinner seg. Samtidig påvirkes kommunikasjonsnettverket av hver enkelt aktør. I organisasjonsstudier er det vanlig å skille mellom vertikal og horisontal kommunikasjon. Førstnevnte innebærer kommunikasjon mellom aktører på ulike hierarkiske nivåer, mens sistnevnte innebærer kommunikasjon mellom aktører på samme nivå eller i samme enhet.²⁸

På et sykehus er det utslagsgivende at det finnes klare kommunikasjonskanaler, og at en gjennom disse kan formidle rik informasjon. Det innebærer at en kan formidle mange signaler på en gang, at mottakere raskt kan gi tilbakemelding, at både avsender og mottaker kan benytte seg av muntlig språk, og at avsender og mottaker kan tilpasse signalene til hverandre. Muntlige kommunikasjonskanaler egner seg altså bedre til å formidle rik informasjon enn skriftlige. Kommunikasjon som foregår ansikt-til-ansikt, er den aller beste kanalen for å formidle klar og rik informasjon. Deretter kommer alle typer elektronisk kommunikasjon, fra e-post til kombinasjoner av bilder, lyd og tekst. Kanalen som i minst grad egner seg til å formidle rik informasjon, er skriftlige dokumenter. Kommunikasjonskanalen en velger, avhenger imidlertid av en rekke forhold i tillegg til informationsrikhet, blant annet tidspress, følelsesmessig innhold, konfidensialitet og etterprøvbarhet.²⁹

²⁷ Blakar 1984, 37; Jacobsen and Thorsvik 2013, 281

²⁸ Jacobsen and Thorsvik 2013, 290

²⁹ Jacobsen and Thorsvik 2013, 286

3.2.2 Kommunikasjonsnettverk

Vi vender så tilbake til den sosiologiske modellen for kommunikasjon, som baserer seg på kommunikasjonsnettverk. Den viser hvem som hører hjemme innenfor nettverket, som i dette tilfellet er ansatte ved OUS. I studier av kommunikasjonsnettverk i og mellom organisasjoner, er det spesielt fokus på hvem som kan kommunisere med hvem, og hva kommunikasjonen inneholder. Der ser en på noder, som er de punktene aktører møtes på for å kommunisere, og forbindelser, som innebærer den spesifikke kommunikasjonskanalen og hvordan budskap blir kodet og dekodet. Hvorvidt nettverket i en gitt organisasjon er sentralisert eller desentralisert, avhenger av typen organisasjon det er.³⁰

Sykehuset er som nevnt et profesjonelt byråkrati, der kompetansen ligger hos de ansatte, og de som regel kan handle uten å henvende seg til noen høyere oppe i ledelsen. Samtidig har ledelsen det overordnede ansvaret, og de under lederne må rapportere til og inkludere dem. Dermed kan vi argumentere for at pakkeforløpsteamene bygger på et sentralisert og tett koblet kommunikasjonsnettverk. Det er noe løsere kobling mellom de ulike pakkeforløpene. Hvert forløpsteam kan anses som en klart avgrenset og definert gruppe i nettverket, som opererer med omfattende kommunikasjon seg i mellom.³¹ I sentraliserte kommunikasjonsnettverk er det lederen eller lederne som står i sentrum, og har kontakt med flesteparten av de andre relevante aktørene.

3.3. Ledelse

Ledelse i organisasjoner innebærer å få andre til å jobbe mot bestemte mål, motivere dem til å yte mer, og sørge for at de trives. Kort sagt er ledelse «å skape oppslutning om målrettet samarbeid».³² Det er imidlertid mange andre måter å tolke ledelse på, men her velger vi å forholde oss til denne enkle definisjonen. Som nevnt er det lederen som har det overordnede ansvaret for at organisasjonen fungerer, og hun/han sitter ofte igjen med henholdsvis heder og ære eller skyld og kjeft dersom det går særdeles bra eller dårlig med organisasjonen.

3.3.1. Styring vs. ledelse

En som er tildelt en lederrolle, står ansvarlig for å sørge for at organisasjonens mål nås, ved hjelp av sine underordnede. Det er mange ulike måter å gjøre dette på. Til tross for at vi forholder oss til en lettfattelig definisjon av ledelse, er det ett skille som det er viktig å gjøre rede for: styring vs. ledelse. En forenkling er å si at styring speiler organisasjonsstrukturen

³⁰ Jacobsen and Thorsvik 2013, 295

³¹ Jacobsen and Thorsvik 2013, 294

³² Arnulf 2012, 13

godt, mens ledelse går overens med organisasjonskulturen. Styring innebærer selve organiseringen av arbeidet, med fokus på regler og rutiner. Det handler om å iverksette planer på en effektiv måte. Ledelse innebærer å føre an og ta initiativ. Det handler om å motivere og inspirere de ansatte, slik at de arbeider *med* lederen for en felles visjon, heller enn *for* lederen fordi de er hierarkisk underordnet henne/ham.³³ Begge former for ledelsesatferd er nødvendig innen en organisasjon. I noen tilfeller vil en og samme leder bytte på lederstil avhengig av hva som skal gjøres, og i andre tilfeller vil ulike ledere fylle de to rollene.

3.3.2. Beslutningsteori

Et av de viktigste ansvarsområdene til en leder er beslutningstaking. Innen beslutningsteori er rasjonalitet svært sentralt. Den fremste beslutningstaker er the economic man. Han har klart definerte mål, har komplett informasjon om handlingsalternativer for å nå målene og vet konsekvensene av disse, kan rangere alternativene fra mest til minst ønsket, og kan velge det beste alternativet. Denne modellen er et ideal, som er så godt som umulig å oppnå. Har en god tid til å ta beslutninger, kommer en nærmere idealet, men som oftest er en under et eller annet form for tidspress, enten fra omverdenen eller seg selv. Da må en nøye seg med begrenset rasjonalitet – the administrative man. Han har uklare og ustabile mål, vurderer enkelte av alternativene for handling og konsekvensene av disse uten å rangere dem, og velger det første tilfredsstillende alternativet han finner.³⁴

Ledere har stor grad av beslutningsmyndighet innen sykehus. Som følge av at det er så mange aktører og forhold involvert i pakkeforløpene og ellers i sykehusene, må lederen ofte basere seg på begrenset rasjonalitet, dette fordi hun/han sjelden har tilgang til alle handlingsalternativer og mulighet til å rangere disse.³⁵ Lederne kan velge å ta beslutninger basert på (begrenset) rasjonalitet eller rollen hun/han innehar.³⁶

Et team kan defineres som to eller flere mennesker som er avhengige av hverandre for å nå felles mål. Når arbeidsoppgaver blir for spesialiserte, og gjerne også mer komplekse, blir det utfordrende for enkeltpersoner å utføre arbeidet alene. Da er teamarbeid ofte den foretrukne arbeidsmåten. Team skaper en form for gjensidig avhengighet, der man ved å arbeide sammen kan oppnå mer enn man kunne ha fått til alene. Et team representerer gjerne ulike enheter i

33 Arnulf 2012, 9; Kaufmann and Kaufmann 2009, 334

34 Jacobsen and Thorsvik 2013, 312

35 Arnulf 2012, 30

36 Jacobsen and Thorsvik 2013, 314

organisasjonen. Dette er noe vi finner igjen i organiseringen av forløpsteamene. Forløpsteamene er også satt sammen på bakgrunn av et behov for å samle ulike kompetanse, og for at pakkeforløpene skal være gjennomførbare.³⁷

Det er formålstjenlig at ulike aktører med varierte ferdigheter og synspunkter inkluderes, noe som igjen fører til mer rasjonelle beslutninger. Medlemmene av teamet har et felles verdigrunnlag og et felles språk, og sammen har de større kapasitet til å nå felles mål. Nok en fordel er muligheten til å bygge store og verdifulle nettverk. På den annen side kan slike team bygget opp av ulike personligheter og fagkunnskaper, høyne sannsynligheten for konflikt innad. Det vil også naturlig ta lenger tid å nå beslutninger, og under tidspress kan det skape enda mer uenigheter.³⁸

4. Metode

4.1 Metodevinkling

Avgjørende for valg av metodisk tilnærming er problemstillingen(e) – altså hva slags spørsmål man er ute etter å besvare eller belyse,³⁹ og i vårt tilfelle la prosjektmandatet hovedgrunnlaget for tilnærmingen vi valgte. Ettersom prosjektet var tidsbegrenset slik at vi ikke hadde mer enn rundt 4 måneder på oss til å få gjennomført det, var det naturlig for oss å velge kvalitativ metode. Samtidig ble vi i samarbeid med oppdragsgiver enige om at det å benytte oss av en kvalitativ innfallsvinkel i første omgang var tilstrekkelig informativt, og ville kunne gi dem nyttig informasjon de ville kunne bruke i videre arbeid. Kvalitativ metode og en induktiv tilnærming til datainnsamling er også godt egnet dersom man skal undersøke fenomen som i liten grad er definert eller beskrevet.⁴⁰ Pakkeforløpene kan sies å være godt definert gjennom politiske vedtak etc., men det er i liten grad beskrevet hvordan pakkeforløpene faktisk forløper i praksis. Vi var også avhengige av å få frem nøkkelinformanters synspunkter og redegjort for deres forståelse og vurdering av pakkeforløpene. Dette gjorde dybdeintervju til et bedre valg enn for eksempel en survey.

Vi har valgt å fokusere på organiseringen og ledelsen av pakkeforløpene for tykk- og endetarmskreft og lungekreft. En annen innfallsvinkel kunne ha vært å se på de mer konkrete

37 Bang 2008: «Effektivitet i lederteam – hva er det og hvilke faktorer påvirker det?»

38 Jacobsen and Thorsvik 2013, 455

39 Malterud 2003, 34

40 Malterud 2003, 34; Jacobsen og Thorsvik, 2013, 38

prosessene pakkeforløpene består av. Dette gjelder blant annet mottak av henvisninger, vurdering av henvisninger, booking av timer til undersøkelser, selve undersøkelsene og konsultasjoner. En slik innfallsvinkel hadde vært mer dekkende, men ville også ha krevd mer tid og ressurser enn vi har til rådighet.

4.2 Casestudie

En casestudie blir ofte karakterisert som en metodevinkling der målet er å illustrere og forstå et avgrenset område.⁴¹ Vår oppdragsgiver, OUS, ønsket å vite mer om hvordan pakkeforløpene for kreft kan bli bedre, og prosjektet ble avgrenset ytterligere til å gjelde kun to av de 28 pakkeforløpene. Det ville ikke ha vært gjennomførbart å se på samtlige pakkeforløp innen rammen av dette prosjektet. For oss blir de to pakkeforløpene derfor et klart avgrenset område der det er naturlig å gjennomføre en casestudie.

For å kunne gi en beskrivelse av hvordan pakkeforløpene fungerer, er det viktig for oss å ha en detaljert og inngående datainnsamling. Dette kommer ikke bare av at vi har valgt case som tilnærming, men er også naturlig ettersom temaet er komplekst. I tillegg har ingen av oss helsefaglig bakgrunn, så for å forstå caset måtte vi sette oss grundig inn i temaet. Vi samlet inn informasjon på flere ulike måter, blant annet gjennom intervju, observasjon og dokumentstudier. Den konkrete anvendelsen av metodene kommer vi nærmere inn på senere i dette kapittelet.

4.3 Utvalg

Utvalg er en faktor som er med på å avgjøre hvordan vi vil være i stand til å belyse vår problemstilling.⁴² I dette prosjektet opererte vi med et strategisk utvalg:⁴³ det var kun informanter som var involverte i og kunne mye om pakkeforløpene som vi anså som relevante. Oppdragsgiver valgte informantene vi skulle intervju, og tok i de fleste tilfellene kontakt med dem på vegne av oss. Det kan argumenteres for at denne måten å samle inn data på kan gjøre det mulig å bli styrt i en bestemt retning, i tråd med oppdragsgivers ønsker. Dette trenger ikke nødvendigvis gi et veldig skjevt bilde av informasjonen vi har samlet inn, men det er viktig å påpeke at denne måten å samle inn data på ikke er helt objektiv. Vi var alle enige i at det var riktig og helt nødvendig at oppdragsgiver valgte informantene våre, grunnet

⁴¹ Creswell 2013, 73

⁴² Malterud 2003, 65

⁴³ Malterud 2003, 58

vår manglende innsikt i sykehusmiljøet. Det gjorde at vi var sikre på at vi fikk tilgang til informanter som satt med nyttiginformasjon, i tillegg til at det sparte oss for mye tid. Utvalget bestod av nøkkelpersoner som er involverte i de to ulike pakkeforløpene: forløpsledere, forløpsansvarlige og forløpskoordinatorer. Dette er de nye rollene utarbeidet i forbindelse med pakkeforløpene, men disse er ikke de eneste som jobber med pakkeforløp. Det er også viktig å understreke at disse informantene er sykepleiere, leger, spesialister, osv. i tillegg til rollene de har innenfor pakkeforløpene.

4.4 Intervju

Vi valgte å gjennomføre dybdeintervjuer og fokusgrupper med nøkkelpersoner som var involverte i de relevante pakkeforløpene. Dette var både i tråd med metodisk tilnærming og etter oppfordring fra oppdragsgiver.

Etter anbefaling fra oppdragsgiver endte vi opp med data fra de følgende:

- To dybdeintervjuer med forløpsledere: en fra hvert pakkeforløp
- Ett dybdeintervju med diagnostikere, som begge er forløpsansvarlige: begge pakkeforløpene var representert
- To fokusgrupper: ett per pakkeforløp, med totalt fem forløpskoordinatorer (den sjette måtte avlyse grunnet sykdom)
- Én uformell samtale med to nøkkelpersoner etter store deler av rapporten var ferdigskrevet, der vi diskuterte våre resultater og funn

4.4.1 Dybdeintervjuer

Dybdeintervjuer innebærer intervju med én til to informanter, der en snakker utdypende om utvalgte temaer. Slike intervjuer gjøres ofte med informanter som har stor ekspertise innen området en studerer. Våre dybdeintervjuer ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Vi utarbeidet tre ulike intervjuguider, avhengig av hvilke roller informantene vi skulle intervjuer innehar. Samtidig ville vi ha muligheten til å stille tilleggsspørsmål, og å komme inn på andre temaer vi ikke hadde avdekket ut fra intervjuguiden. Vi opplevde det som nødvendig å ha denne fleksibiliteten, ettersom vi så muligheten for at vi ikke kunne forutse hva som kunne dukke opp under intervjuene.

4.4.2 Fokusgrupper

Fokusgrupper innebærer som regel samtaler med en liten gruppe utvalgte informanter, der de har mulighet til å diskutere seg i mellom, mens intervjueren presenterer temaer, mens hun/han i størst mulig grad holder seg i bakgrunnen. Det var flere årsaker til at vi ønsket å benytte

fokusgrupper. En fokusgruppe kan i flere tilfeller generere mer informasjon enn om informantene ble intervjuet hver for seg.⁴⁴ For oss var det også tidsbesparende, og det ga oss mulighet til å observere gruppedynamikk, som man ikke kan få ved et en-til-en intervju.⁴⁵ Ved gjennomføringen av fokusgruppene hadde vi utarbeidet ulike hovedtemaer, som vi ønsket at informantene skulle uttale seg om. Her fikk informantene snakke relativt fritt rundt det vi spurte om. Dette at informantene skulle føle at de kunne snakke fritt og være ærlige, var også litt av hensikten med fokusgruppene. Den største utfordringen ved å benytte seg av fokusgruppeintervjuer, er at det gjerne blir rotete å forholde seg til flere informanter samtidig, som kan medføre at man mister viktig informasjon.

4.5 Ikke-deltagende observasjon

Hensikten med observasjon som metode er å lære et miljø å kjenne. Da kan en komme fra utsiden og oppleve hvordan en gruppe aktører fungerer sammen. En kan blant annet se hvordan ulike aktører kommuniserer, både verbalt og ikke-verbalt, og merke seg hvem som tar på seg hvilke roller innenfor en gruppe. Det finnes ulike grader av deltagelse når en observerer – alt fra å gjøre litteraturstudier fra kontoret til å bli et fullverdig medlem av gruppen en studerer. Ettersom vi ikke selv har kompetansen til å delta i diskusjoner innenfor forløpsteam, valgte vi rollen som ikke-deltagende observatør. Det innebærer at en observerer uten å delta i samhandlingen på noen måte.⁴⁶

Vår ikke-deltagende observasjon foregikk under et forløpsledelsesmøte på pakkeforløpet for tykk- og endetarmskreft. Vi valgte å plassere oss i bakgrunnen, slik at interaksjonen kunne gå sin vante gang. Vårt fokus var spesielt på interaksjonen og kommunikasjonen innad i teamet. Eksempelvis så vi på hvordan folk samhandlet, hvordan utfordringer ble bragt frem i lyset og hvordan det ble mottatt og løst internt. I ettertid av observasjonen intervjuet vi forløpsleder på dette pakkeforløpet, og fikk da muligheten til å stille spørsmål til det vi hadde observert. På denne måten kunne informasjonen vi hadde hentet inn bli kommentert, og man kunne få rettet opp eventuelle misforståelser.

4.6 Innholdsanalyse

Det er naturlig å benytte seg av innholdsanalyse når man har et stort materiale som skal analyseres. Vi startet med å gå igjennom ulike rapporter, informasjonsskriv, tidsskrift er og

44 Askheim & Grenness 2008, 93

45 Askheim & Grenness 2008, 93

46 Fangen 2004, 77

avisartikler vi kunne finne som omhandlet temaet, og brukte dette videre både i deler av rapporten og til arbeidet med å utarbeide intervjuguider. Med tre dybdeintervjuer og to fokusgruppeintervjuer, i tillegg til observasjon og uformelle samtaler, har vi opparbeidet store mengder empiri.

Ved innholdsanalyse deler en materialet opp i kategorier, som kvantifiseres ved hjelp av frekvensundersøkelser. Kategoriene etableres før kodingen, og deretter plasserer man ulike deler av innholdet inn i sine respektive kategorier. En kritikk mot denne metoden er at innholdet splittes i kategorier som gjør det vanskeligere å få et bilde av helheten. Samtidig streber den etter nøytrale og objektive tolkninger, noe som i samfunnsvitenskapelig sammenheng ikke nødvendigvis er mulig, ettersom det man forsker på er meninger og holdninger uten noen objektive fasitsvar. Ettersom forskeren etablerer kategoriene før kodingen, driver også hun/han allerede med tolkninger i dette stadiet av forskningsprosessen.⁴⁷ Det er allikevel hensiktsmessig å bruke innholdsanalyse fordi det kan gjøre stoffet mer håndterbart. Man kan også enklere sammenlikne og sammenfatte stoffet, slik at man får et godt bearbeidet materiale som er logisk og ryddig lagt frem.

Vi anvender innholdsanalyse ved bearbeidelsen av datamaterialet, slik at vi enkelt kan kategorisere funnene ut fra hvilken av våre fire problemstillinger de passer best innenfor. Slik dekonstruerer vi materialet for å lettere forstå det, før vi rekonstruerer det når vi diskuterer funnene innenfor hver av kategoriene opp mot de teoretiske perspektivene vi har skissert i kapittel 3.

4.7 Ethiske utfordringer

Når en skal utføre en hvilken som helst forskningsprosess, er det svært viktig å reflektere rundt etiske utfordringer som kan oppstå, og hvordan man vil håndtere disse. Det er mange faktorer å ta hensyn til. Blant annet er det av betydning at kunnskapen en søker kan brukes til noe, at en benytter seg av metoder og fremgangsmåter som gir funnene gyldighet, og at en kan garantere for at andre forskere ville ha kommet frem til det samme ved bruk av de samme metodene.⁴⁸ Rapporten bygger på en kvalitativ studie, som innebærer fortolkning fra forskerens side, og som åpner for mange alternative forståelser av materialet. Dette medfører også at våre erfaringer og meninger påvirker både datainnsamling og funn. Av den grunn

⁴⁷ Ryghaug 2002, 308

⁴⁸ Malterud 2003, 25

måtte vi ta en del forholdsregler for å sikre at informantenes meninger kom først.⁴⁹ Dette gjorde vi blant annet ved å unngå ledende spørsmål og ved å alltid la informantene snakke ferdig.

Ettersom vi har samlet inn data på et sykehus, måtte vi også forholde oss til taushetsplikt, anonymisering og sikker oppbevaring av alt innsamlet materiale. Vi meldte inn prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD) umiddelbart etter prosjektstart om tillatelse til å samle inn data, og for å finne ut om det var nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Vi underskrev også taushetserklæringer på OUS. Ved begynnelsen av hvert dybde- og fokusgruppeintervju sikret vi informert samtykke ved å dele ut samtykkeskjemaer (Vedlegg 2), som informantene signerte før vi satte i gang. Før vi deltok i forløpsledermøtet, fikk vi muntlig samtykke fra de tilstedeværende. I rapporten har vi tilstrebet anonymisering av informantene. Det lar seg allikevel ikke alltid gjøre ettersom rollene deres er i noen sammenhenger av betydning, noe som kan gjøre det enklere for andre å identifisere informantene. Alt datamaterialet har vært oppbevart på private datamaskiner med passordbeskyttelse.⁵⁰

5. Presentasjon av funn

Presentasjon av funnene bygger på hovedtemaene vi presenterte innledningsvis: kommunikasjon, organisering, samarbeid og beslutningstaking, samt styrker og svakheter ved pakkeforløpene. Funnene er hentet både fra dybdeintervjuene, fokusgruppene, og fra observasjon av et forløpsteam møte for tykk- og endetarmskreft.

Pakkeforløpet starter når sykehuset mottar en henvisning fra en annen sykehusavdeling, fastlegen eller en privat praksis. Utredningen begynner ved pasientens første fremmøte på sykehuset. Deretter blir det tatt en rekke prøver for å komme frem til best mulig behandlingsmetode. Slutten på utredningen markeres som oftest med et MDT-møte, der en anbefaling om klinisk beslutning blir tatt etter å ha diskutert ulike alternativer for behandling. Pasienten blir så informert om behandlingsanbefalingen. Selve beslutningen om behandling tas i konsultasjonen mellom pasient og lege, men av praktiske årsaker kodes det som om

49 Malterud 2003, 32

50 Malterud 2003, 206

beslutningen tas på MDT. Når behandlingen igangsettes, avsluttes kodingen for pakkeforløpet.

Det var et uttrykt ønske fra oppdragsgiver å sammenligne de to ulike pakkeforløpene vi ble satt til å evaluere. Gjennom våre funn fikk vi en forståelse av at de to pakkeforløpene er svært like på de indikatorene vi har valgt. Vi fant ingen store forskjeller når det kom til de hovedtemaene vi fokuserte på under prosjektoppgaven: organisering, samarbeid, kommunikasjon, ansvarsfordeling og ledelse. Tvert imot fant vi at informantene uttalte seg veldig likt når vi spurte om spørsmål rundt disse temaene. Forskjellene som dukket opp var i stor grad knyttet til spesifikke ressursspørsmål som er ulike for de to pakkeforløpene. For eksempel mangel på skop som gjorde at de ikke fikk unna nok pasienter, og strålebehandling. Av denne grunn har vi valgt å presentere funn etter tema heller enn pakkeforløp.

5.1 Ansvarsfordeling

Her fokuserer vi heller på rollene som forløpskoordinator og forløpsleder enn mer generelt på ansvarsfordeling mellom aktørene i forløpsteamet. Dette fordi vi har fått mest informasjon om disse to rollene. Resten av teamene kommer vi tilbake til i del 5.2. I denne delen tar vi også opp beslutningsmyndighet.

5.1.1 Forløpskoordinatorer

Informantene understreker at det ikke er leger, men sykepleiere som tildeles eller søker på rollen som forløpskoordinator. Det har vært diskusjoner om hvorvidt folk med andre bakgrunner også skal kunne få stillingen, men det er besluttet at sykepleiere passer best, grunnet sine erfaringer med pasientbehandling. Det er sentralt med personlig egnethet, i tillegg til å være interessert i og skjønne organisering og logistikk. Under intervjuene kommer det tydelig frem at stillingen som forløpskoordinator er omfattende. Oppgavene består blant annet i å bestille undersøkelser som leger har rekvirert, og å koordinere dem slik at de ikke kolliderer tidsmessig. Videre regnes de som kontaktperson for pasienter gjennom det planlagte forløpet, og de deltar på de multidisiplinære teammøtene (MDT). Enkelte koordinatorer har rollen som koordinator ved siden av flere andre oppgaver, mens andre igjen har det som en fulltidsjobb.

Flere intervjuobjekter legger vekt på at det er svært tidkrevende arbeid, og det som hyppigst går igjen er mangel på tid for å gjøre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte.

”Pakkeforløpene har vist seg å ta mye tid”. En annen informant utbroderer ” Ja, for det der med å lese rapport, papirer, alt som står om pakkeforløpene, og så kommer tilbakemeldinger, jeg ser åh Gud, der kommer det, og jeg har ikke tid til å lese det. Så da må jeg bare legge det fra meg. Og det er jo ikke okei heller når du er, skal være forløpskoordinator”.

Mangel på tid i arbeidet som koordinator blir også trukket frem av en av forløpslederne som intervjues. På hans pakkeforløp jobber hver av koordinatorene i hundre prosent stillinger, og som han så beskrivende sier; *” Men det er jommen ikke sikkert at det er nok”*. Han legger vekt på ubalanse mellom krav til arbeid og det faktiske arbeidet som ligger i å være koordinator. Det kommer frem at det ikke er godt nok definert hva som er koordinatorenes oppgaver, og dette fører til at koordinatorene føler seg tvunget til å utføre arbeid utenfor deres kompetanseområde. *”(...) for vi har jo hatt koordinatører som har blitt veldig slitne fordi de får liksom ting fra alle kanter som de skal løse. Og de er jo sykepleiere, og ikke nødvendigvis sånn at de skal ta på seg avgjørelser på vegne av legene og sånn, men av og til så tror jeg de kjenner det nesten litt sånn da”*. Han forteller videre at en av koordinatorene på hans avdeling er blitt sykemeldt og har sagt opp, og utdyper: *”Det er også en slags, et resultat av at det er vanskelig altså, slitsomt”*. Dette ble også tatt opp som et problem på forløpsledermøte vi observerte.

Det virker ikke som om det er mer enn mangel på opplæring som gjør at arbeidet blir tidkrevende og omfattende, da flere av koordinatorene som blir spurt enten har blitt kurset godt, eller har en solid interesse for nettopp organisering og logistikk. Det som imidlertid blir tydelig underveis i de ulike intervjuene, og som påpekt ovenfor, er skjevfordeling mellom forespeilet arbeid og den faktiske arbeidsmengden til forløpskoordinatoren. *”Dette skulle liksom være ved siden av det å sitte med vanlig saksbehandling”* Og en annen informant forteller: *”Vi klarer det ikke, det blir for stort volum på hver enkelt person på kontoret, og sånn som myndighetene ønsker at vi skal koordinere, får vi ikke koordinert alltid, for vi har en god del annet å gjøre”*.

Dette underbygges videre av en annen informant, som legger til at hun hadde hatt mulighet for å gjøre en grundigere jobb som forløpskoordinator om arbeidsmengden lettet på andre områder *”Og skal du virkelig følge med på disse rapportene, og gå inn å rette og sånne ting, så tenker jeg hvert fall for mitt vedkommende at da må jeg bli fratatt mer av mine daglige oppgaver”*

Det blir mer og mer tydelig at det er mangel på delegering og en avklaring av ansvarsområde fra ledelsens side. Det kan virke som om ledelsen ikke er spesielt involvert i pakkeforløpene, eller har forståelse for hvor omfattende arbeidet er. Fraværende ledelse blir trukket frem av flere av informantene. *"Men det er ikke alltid at leder altså, hva skal jeg si (...) at det er ikke sikkert at de alltid er så veldig involvert i dette (...) Det er ikke alle som setter seg inn i det (...)".* En annen informant sier (...) *"Så det ligger litt på ledelsen hos oss, de må se at koordinatorrollen.. ja, vi fungerer ikke sånn som det er tiltenkt da.."*

På spørsmål om hvordan arbeidssituasjonen for koordinatorene kan forbedres er svaret at det er behov for *"flere hender"*, og en annen informant beskriver et behov for å bli tildelt mer nøyaktig tid øremerket pakkeforløpet: *"Ja, hvor mye, men si at du i hvert fall burde få lov å sitte halve dagen med, kanskje med pakkeforløpet da. For sånn som det er i dag så er det jo dager hvor du ikke får sett på det engang"*.

Det har blitt bestemt at koordinatorarbeidet avsluttes idet behandling starter. Dette er det imidlertid vanskelig å få til i praksis. Her blir også ledelsens manglende forståelse for koordinatorenes arbeid tydelig. Det er, i følge en av informantene, dårlig organisert oppfølging av pasientene når koordinatorjobben er over. Han presiserer videre at koordinatorene har vanskelig for å gi slipp på pasientene etter start behandling: *"Og da er det veldig åpenbart at for en koordinator som allerede har vært involvert i et pakkeforløp til start av behandling, så føles det veldig unaturlig å ikke skulle passe på resten på en måte"*. Han forklarer også at de som ikke har forståelse for arbeidet til koordinatorene mener de tar på seg for mye og utdyper: *"Dette må dere liksom overlate til noen andre, men i praksis er det ikke så veldig mange å overlate det til (...) Ikke bare det at de jobber, men det blir feil at de jobber og (...) da er det ikke rart du blir sliten.."*

5.1.2 Forløpsledere

Det kommer tydelig frem i enkelte av intervjuobjektens refleksjoner at forløpslederrollen er utydelig definert. På spørsmål til en av koordinatorene om hva som inngår i forløpsleders rolle, får vi følgende svar: *"Ja, det tenker jeg heller dere må svare på..."* Uklarheten mht. hva som ligger i forløpsleders rolle, blir ytterligere utbrodert av samme informant, uten at det ser ut til å oppklare ansvarsområdet ytterligere; *"Ehh... det er den på hele OUS. Den er jo under utvikling. For det er jo litt.. litt udefinert hvordan forløpsleder skal.. ehh..."*

At forløpsleders ansvarsområde er uklart, underbygges også av en av forløpslederne som intervjues. Han har ikke fått opplæring i rollen, og forutsetningene for å gjøre en god jobb er utelukkende basert på at han kjenner til pakkeforløpene fra før av, og *”vet hva som kreves”*. Han mener at forløpsleders ansvarsområde er uklart, men han er imidlertid positiv til at dette endrer seg, ettersom det skal starte opp forløpsledermøter der hensikten er å avklare rollen nærmere. Hvorvidt møtet er bestemt for hans avdeling, eller om det skal iverksettes for alle kreftpakker, kommer ikke frem under intervjuet. *“Jeg har jo heldigvis ganske mye erfaring, sånn at jeg ser jo liksom hvilke typer oppgaver vi har, men det har man jo tatt på alvor nå, i forhold til at man skal ha et eget møte for forløpsledere”*.

På den annen side er det enkelte av respondentene som er mer klar på både forløpsleders rolle i pakkeforløpet, og viktigheten av ansvarsområdet. Det blir trukket frem at det er formålstjenlig å ha én person som kan ha oversikt, og det at hvert forløpsteam alltid har en person å forholde seg til er svært positivt. *“Noen må holde i alle trådene, ha oversikt over helheten; en person man kan henvende seg til, det er veldig positivt”*. Samme informant er imidlertid tydelig på at det er omfattende å beherske arbeidet som forløpsleder, i tillegg til jobben som lege ved sykehuset. Dette kan igjen vise til manglende forståelse fra ledelsens side om hvor omfattende de ulike stillingene i pakkeforløpet faktisk er. *“Så synes jeg jo faktisk det er veldig vanskelig å få tid til å gjøre den jobben ordentlig, fordi det er jo mange andre oppgaver også, så jeg føler nesten at jeg ikke har ressurser, personlig, til å gjøre dette så godt som man burde, og sette seg ned og analysere godt nok”*.

5.1.3 Beslutningsmyndighet

En av informantene forteller at forløpslederne har myndighet til å avgjøre om enkelte ting må forbedres. Men det kommer frem at de står uten virkemidler til å ta de faktiske avgjørelsene og beslutningene som kreves for å rette opp i ikke-optimale forhold, som for eksempel flaskehalser. Det går igjen at det er for lite ressurser, og dermed er beslutningsmyndigheten deres begrenset til å ta problemet videre med linjeledelsen. *“Så det er på en måte min myndighet som forløpsleder at jeg kan gå og si til de at vi ikke er gode nok der, vi trenger å gjøre noe der. Jeg kan ikke dirigere de på noen måte, jeg har ingen myndighet. Men jeg kan si det, og så hvis de ikke er fornøyd med den tjenesten vi får, så går jeg videre opp i linjen og så tar man det derfra”*. Dette underbygges av den andre forløpslederen under et annet intervju. På spørsmål om hvilken beslutningsmyndighet man har som forløpsleder, forteller

informanten følgende ”På en måte har vi myndighet, det var jo veldig viktig når man organiserte det at de som sitter i pakkeforløpene, i forløpsteamene skulle ha myndighet...og det har vi jo på en måte, men vi har jo ikke ressurser så det hjelper ikke å ha myndighet når vi ikke har ressurser egentlig..”

En av informantene trekker frem at en sentral del av arbeidet til forløpsleder er å sørge for en god forløpsgang på tvers av avdelingene. Det som imidlertid setter en stopper for dette, er at beslutningsmyndigheten låser seg til avdelingen forløpsleder arbeider i, og i følge enkelte informanter kunne det ha vært rotete å ha beslutningsmyndighet på tvers av avdelinger. “Så at det er en... det er på en måte en litt sånn kontrast mellom på den ene siden så sitter forløpsledelsen der og prøver å få til et best mulig forløp på tvers av avdelinger, og alle avdelinger har med en eller flere representanter inn.. ehh men på den andre side så.. så ligger mye av beslutningsmyndigheten fortsatt i linjen, tradisjonelle linjen”.

Når det kommer til koordinatorenes beslutningsmyndighet, viser en av informantene til at det hadde vært hensiktsmessig om de kunne ha tatt beslutninger om hvem som skal inn i pakkeforløpet, men igjen er det ressursmangel som trekkes frem som begrensning for muligheten til å ta en slik avgjørelse ” Ja, eh man kunne gjort det og vi som koordinatører kunne tatt den beslutningen på at den enkelte skal inn eller ikke inn i pakkeforløpet, men da måtte vi inkludert mange flere, da måtte vi, da må vi ha flere ressurser enn vi har i dag (...) Men hvis vi skulle satt stempel pakkeforløp på, så ville vi satt på flere enn det legene gjør i dag. Da måtte vi hatt mer ressurser til å gjøre undersøkelsene”.

I tillegg forteller en forløpskoordinator at deres rolle opprinnelig innebar et mandat til å få førsterett på timer til sine pasienter, og særlig timer til utredelse: “Vi skulle ha mandat til å kanskje styre litt timer på røntgen, sånne ting.”. Dette har imidlertid aldri blitt implementert, og de føler ikke at de kan kreve dette mandatet uten støtte fra ledelsen: “Da må jo en leder snakke med disse avdelingene, med røntgen for eksempel, og si at nå har det kommet koordinatører, som faktisk skal kunne gå inn å reservere røntgentimer.”

5.2 Samarbeid

Flere av forløpslederene trekker frem at forholdet mellom aktørene i forløpsteamet er svært godt: ”Jo, de har vi et veldig tett forhold til! Nå er jo jeg også involvert i forhold til å se på

søknader og en del sånn her hos oss, sånn at vi..jeg har lagt opp til at vi skal ha daglig kontakt med henne (koordinator)''.

Tett kontakt mellom de ulike aktørene i pakkeforløpet er viktig for forløpets effektivitet. Koordinatorer har allerede under de multidisiplinære teammøtene mulighet til å sette i gang med koordineringen:

''Også har vi med, sånn som i dag, f.eks., så har vi et tverrfaglig møte om endetarmskreft, og da er hun (koordinator) med på det. Så om vi diskuterer at her er det en pasient som åpenbart skal ha strålebehandling, så kan hun allerede da være med å koordinere, med tanke på at vi da skal passe på å få en poliklinisk time (...)''.

Koordinatorene ser ut til å ha det samme inntrykket, og har et godt forhold til forløpslederne. Til tross for at ansvarsområdet til forløpslederne er uklart for enkelte av koordinatorene, ser de på samarbeidet som verdifullt. Det kommer frem under intervjuene at det er viktig for arbeidet som koordinator å kunne diskutere med forløpsledere, også utover de multidisiplinære teammøtene, og forløpsleder tar seg tid til å diskutere med koordinator to ganger i uken '' *Jeg har et utrolig bra forhold med xx (forløpsleder) (...) Ja, så hun, så hun kommer inn til meg (...) så tar vi en oppsummering på slutten av dagen, og går igjennom pasientene. Så det er veldig nyttig (...) Vi møtes hver mandag og torsdag''.*

5.2.1 MDT-møter

En av informantene viser til at de tverrfaglige møtene tvinger de involverte i forløpsteamene til å samarbeide og diskutere mer faglig, og at det er utelukkende positivt for sykehuset ''*Og for så vidt er det noe av dette som er verdifullt med pakkeforløpene, at vi møtes tverrfaglig, og får diskutert disse her tingene sånn at vi bidrar til å øke forståelsen i klinikken (...)''.*

Dette underbygges av en annen informant, som viser til at pakkeforløpene har ført til et bredere nettverk, og et større og enklere samarbeid på tvers av avdelinger og sykehus.

''Tidligere har vi bare blitt kjent med de som jobber innenfor det systemet vi jobber i, men nå blir vi jo kjent med hele OUS-delen. Så vi har fått større nettverk der''.

En annen informant trekker frem viktigheten av samarbeidet mellom radiologer og patologer på de tverrfaglige møtene. Møtene blir beskrevet som en sentral arena for faglig diskusjon som sikrer den medisinske kvaliteten ''*Det som også er rollen, er at man lytter til hverandre*

og får en forståelse av at dette stemmer overens (...) At man i en tverrfaglig diskusjon kan bli sikker på at her har man klart å komme til riktigst mulig diagnose”.

Når det gjelder samarbeidet og forholdet mellom aktører i forløpsteamene, gir informantene inntrykk av at koordinatorene og forløpsledere har et godt forhold seg imellom. Det trekkes frem at de multidisiplinære teammøtene har skapt en kultur som gjør det lettere å samarbeide på tvers av avdelinger og sykehus:

“Vi har kontakt med dem primært gjennom de møtene. De som vi samarbeider med i diagnostiske og behandlingsøyemed innad i sykehuset, de kjenner vi veldig godt fra før. Vi har fått et større nettverk vi kan bruke...utnytte hvis det er dårlig kapasitet innad hos oss for den ene undersøkelsen, kan vi høre med de andre”.

Klinisk beslutning blir ikke alltid tatt innen forløpstiden. Det hender at beslutning blir utsatt av faglige årsaker, som for eksempel komorbiditet eller mer avanserte sykdommer som må utredes. Utsettelse kan også forekomme på grunn av utfordringer i organiseringen av pakkeforløp, for eksempel når det kommer mange nye pasienter inn på OUS.

5.3 Kommunikasjonsflyt

5.3.1 Kommunikasjon mellom forløpskoordinatorene

Det virker som om forløpskoordinatorene på OUS har god kommunikasjon seg imellom, og at de har lært å kjenne hverandre godt. Det kom klart frem at koordinatorene mener dette er en viktig brikke for å få et mest mulig effektivt forløp, i tillegg til at det kan bidra med forutsigbarhet for pasienten. En informant nevnte for eksempel:

”Så for å sikre god drift av avdelingene så tror jeg det er helt nødvendig med flere koordinatorene, og det at vi har navnet på hverandre og direkte telefonnummer og etablerte rutiner, og vi at sitter i samme møte med jevne mellomrom, gjør at vi kjenner hverandre veldig godt og samarbeider veldig mye tett, og det gjør at det fungerer godt.”

En informant nevnte også at dersom en koordinator ikke kunne være tilstede på et møte, så kunne de som var tilstede oppdatere vedkommende på telefon, og på den måten forhindre at prosessen blir forsinket: *”Jeg kan også godt bare ta en telefon og si at nå bør det besluttes at ”Hansen” skal for eksempel få kjemoterapi først, så er vi litt i forkant da.”*

Det kan se ut som om god kommunikasjon mellom koordinatorene også kan bidra til å styrke trygghetsfølelsen for pasientene, ettersom det blir en mykere og mer forutsigbar overgang når pasienten skal flyttes fra en avdeling til en annen. Dette kan ifølge en informant fjerne den mulige forvirringen ved å ikke ha kun en koordinator for et helt forløp. For eksempel ble dette nevnt som eksempel av en informant: *”Vi vet så godt løpet, så jeg kan godt si, eller du sier at nå er du ferdig her hos oss, men nå skal du få en telefon fra en koordinator (...) som jobber med kirurgibiten, for eksempel”*.

Dette ble også understøttet av en annen informant: *”Så lenge pasienten har den forutsigbarheten og får vite hvem de skal snakke med, og at faktisk det er to forskjellige avdelinger, bare de får vite det, så er det, de aksepterer jo ganske mye altså.”*. Flere informanter mente at dagens løsning med flere koordinatore per forløp fungerer bra, ettersom de enkelte koordinatorene har oversikt over sin avdeling, og at dersom de skulle *”blande seg inn”* i andre avdelinger, så ville det kunne skape kaos for andre, som ikke er involvert med akkurat deres pasient: *”Selv om jeg tror at en koordinator kunne ha sørget for en pasient gjennom hele forløpet, så kunne det ikke vært gjort uten å lage kaos for alle de andre pasientene og alle de andre avdelingene og sånn.”*

5.3.2 Kommunikasjon mellom aktørene i forløpsteam

Kommunikasjonen mellom forløpsleder og forløpskoordinatorer for tykk- og endetarmskreft er ifølge forløpsleder svært god. Forløpsleder nevner blant annet: *”Jeg har lagt opp til at vi skal ha daglig kontakt med henne.”* og *”De har vi et veldig godt forhold til!”*. Det ser også ut som om det at de kjente hverandre fra før, har hjulpet forløpsteamet å opprettholde god kommunikasjon seg i mellom. En forløpsleder nevnte blant annet: *”Også synes jeg jo at det teamet som vi har, er et team som i stor grad kjenner hverandre fra før, sånn at kommunikasjonen er ganske grei egentlig”*.

Forløpsleder understrekte også møter med de andre i forløpsteamet som viktig for å kunne diskutere ting som kan være vanskelig å ta over mail, og indikerte at det er lettere å løse ting når man prater sammen ansikt-til-ansikt. Samarbeidet og kommunikasjonen mellom aktørene i forløpsteamene ble også positivt fremstilt av våre informanter fra patologi og radiologi. På den annen side nevnte forløpsleder også at det kunne være utfordringer knyttet til

kommunikasjon, grunnet mange ulike personligheter på et sykehus, men at dette ikke var spesifikt rettet mot deltakerne i pakkeforløp.

5.3.3 Kommunikasjon mellom avdelinger

Informanter fra patologi og radiologi hevdet at kommunikasjonen mellom avdelingene ikke var god nok:

”Det som er et stort problem, synes jeg på et stort sykehus, er at det ikke er god nok kommunikasjon. Når det skjer en økning av aktivitet på de kliniske avdelingene, så har man ikke da tenkt på konsekvensene på patologi og radiologi, så da man øker på et sted uten å samordne det.”

Sitatet indikerer at det kan være vanskelig å se hvordan endringer i ens egen avdeling, kan påvirke andre avdelinger på sykehuset, og at dårlig kommunikasjon er med på å forsterke dette. Dette merkes kanskje spesielt godt på radiologi og patologi, som må forholde seg til alle spesialiteter, mens hver og en spesialitet *”kun har seg selv å tenke på”*. Som en av informantene utdypet: *”Vi har en kontaktflate som går til veldig mange, både radiologi og patologi, mens hver og en spesialitet som da leveres til oss ser egentlig ikke de andre.. det er altså så komplekst ”*

5.4 Oppsummering av funn

Det går frem at koordinatorrollen er omfattende, og mangel på tid blir gjentatte ganger nevnt av flere informanter. Det legges vekt på at koordinatorrollen har uklare ansvarsområder som i mange tilfeller gjør at koordinatoren jobber utover det rollen egentlig er tiltenkt. I følge våre informanter er flere koordinatorene sykemeldt og har sagt opp. Slik informantene legger dette frem, kan det tolkes som et direkte resultat av et enormt arbeidspress og uklare rammer. Forløpslederrollen er også svakt definert, og det eksisterer ingen stillingsbeskrivelser per dags dato. Forholdet mellom de ulike aktørene i forløpsteamet er tilsynelatende svært godt. Samarbeidet mellom forløpskoordinator, forløpsansvarlig og forløpsledere blir uttrykt utelukkende positivt av våre informanter. Det fremgår at forløpsledere har beslutningsmyndighet til å foreta avgjørelser, men at de står uten virkemidler til å få det gjennomført. Manglende ressurser setter en stopper for beslutningsmyndigheten, og forløpsledelsens beslutningsmyndighet er avgrenset til å kunne ta problemer videre opp med linjen og ledelsen.

Når det gjelder kommunikasjon, viser våre informanter til at hyppige møter har ført til bedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av avdelinger. Kommunikasjonen mellom aktørene i forløpsteamet fungerer godt, noe som i henhold til våre funn later til å gjøre pakkeforløpet mer effektivt. Det fremgår at velfungerende kommunikasjonsflyt gjør at det blir uproblematisk med flere forløpskoordinatorer i samme forløp. Det som imidlertid blir lagt frem som et problem av våre informanter, er den svake kommunikasjonen på tvers av avdelinger.

5.5 Styrker ved pakkeforløpene

5.5.1 Bedre og raskere pasientforløp

”Så jeg tror at det at vi innfører pakkeforløp, er veldig positivt med tanke på gode pasientforløp.” - Forløpsleder

Informanten ovenfor uttrykker at han mener innføringen av pakkeforløp er positivt for pasientforløpene. Han nevnte at det var gunstig at pakkeforløpene hadde et nasjonalt anliggende, ettersom det fører til at det blir mer fokus på å sikre gode pasientforløp innen kreftbehandling: *”Jeg tror noe av hovedpoenget er at det er mer fokus på det, altså at man ønsker at dette skal fungere best mulig.”* Samme informant utdyper at han tror involvering fra Helsedirektoratet og helseminister er bra. En koordinator uttrykte også at de følte de ble *”mer sett”*, for eksempel gjennom å bli tilbudt ulike kurs, som følge av myndighetenes fokus på pakkeforløpene.

En av informantene var inne på at det faktisk at pakkeforløpene kommer fra myndighetene, medfører en mer strømlinjeformet prosess, som igjen gjør det lettere å få til en effektiv prosess. Blant annet nevner hun at målepunktene gjør det lettere å sikre en effektiv operasjonalisering av standardiserte pakkeforløp, ettersom man enkelt kan se om man ikke holder fristene. Følgende sitat utdyper: *”Og det er klart at det at det målsettes, og man ser at man bryter frister, det gjør jo noe med at man forsøker å få dette så effektivt som mulig.”*. Dette understreker hun også ved å nevne at hun mener ting går raskere nå som målepunktene har blitt tatt i bruk: *”Så det er klart at det medfører jo at det går raskere, det tror jeg er ganske sikkert.”*. Dette var også flere av de andre informantene enige i. Et eksempel om ventetid ble nevnt av en koordinator: *”Så de går ikke ukesvis og venter på svar. Det får de.. får de samme uken. Gjerne samme dag, eller dagen etter.”* Flere koordinatorene nevnte også at

de opplever det som at det går forttere å få PET/CT, og at de synes at biopsiene blir raskere behandlet enn før innføringen.

5.5.2 Godt tverrfaglig samarbeid

Det kan virke som om enkelte av informantene mener at pakkeforløpene og teammøtene har bidratt til å gjøre et allerede godt tverrfaglig samarbeid enda bedre. Dette ble blant annet nevnt flere ganger av vår informant fra patologi: *"Noe av dette som er verdifullt med pakkeforløpene er at vi møtes tverrfaglig, og får diskutert disse her tingene, sånn at vi bidrar til å øke forståelsen i klinikken."* og *"Det er veldig positivt teamwork som gjøres i disse møtene."* Informanten fra radiologi sa seg enig i dette, så det er tydelig at samarbeidet i teammøtene er verdsatt av flere informanter. Det ble i tillegg nevnt at et slikt tverrfaglig samarbeid kan styrke de forskjellige spesialitetene, ettersom det fører til en dypere forståelse av hverandre, i tillegg til at man blir sikrere på at man kommer frem til de beste beslutningene for pasientene. Som en informant nevnte: *"At man i en tverrfaglig diskusjon kan bli sikker på at her har man klart å komme til riktigst mulig diagnose."* Det ser likevel ikke ut som om tverrfaglig samarbeid oppstod utelukkende på grunn av pakkeforløpene, da det ble nevnt av en informant at gode rutiner rundt tverrfaglige møter har eksistert på sykehusene i mange år.

Godt samarbeid ble også påpekt av koordinatorene for tykk- og endetarmskreft. Det ble riktignok nevnt at også de hadde et godt samarbeid fra før, i likhet med informantene fra patologi og radiologi. Som en informant her forklarer: *"For det første et etablert samarbeid som var veldig sånn godt planlagt på forhånd, før pakkeforløpet, så vi hadde noe å bygge på"*. Informanten nevner videre at de har godt samarbeid med enhetene de er avhengige av for å få pasienten gjennom forløpet, blant annet de som er ansvarlige for undersøkelser som koloskopi og CT. Her nevner koordinatorene at godt samarbeid og fleksibilitet bidrar til at de kan sette opp flere pasienter innen et kort tidsrom: *"Vi er ganske fleksible.. vi kjører kvelder og.. helger kan vi også kjøre for å ta unna, så ja."*

5.5.3 God organisering

Flere av informantene sa seg enige i at organiseringen rundt selve pakkeforløpsteamene var god. Dette ble for eksempel understreket med uttalelser om at sammensetningen av personale var god, og at møtene mellom de involverte åpnet en arena hvor en kunne *"tale sin egen sak"*, noe som er ansett som positivt. Blant annet nevner en informant: *"Jeg synes det er godt gjennomtenkt, og at disse forløpsteamene er gode og organisatorisk sett bra."* Det var en informant som påpekte at det var viktig for forløpet med en forløpsleder og koordinatorene for

å få en helhetlig oversikt. Det ble også sagt av en informant at hun føler de har det som er nødvendig av ressurser for å gjennomføre dette rent organisatorisk: *”Når det gjelder ressursene sånn rent for å utføre det hele, altså jeg er enig med xx at den delen å organisere det og den, der har vi relativt gode ressurser”*. Det ble også nevnt at det opplevdes som om møtene ble prioritert av de fleste involverte.

Det ble allikevel påpekt at patologene ofte ikke var til stede under møtene. Da vi spurte informanten fra patologi om dette, mente hun at årsaken hvis de uteble fra møtene var mangel på ressurser: *”Av kapasitetsgrunner så er ikke patologer med hver uke på for eksempel thoraxmøte, og kanskje ikke alltid på colorectal heller, så det er litt variabelt. Men det er et rent ressursproblem, grunnen til at vi ikke er med på hvert møte.”* Samme informant ga også uttrykk for at hun anså disse møtene som viktige, og at de ble prioritert de gangene man hadde kapasitet til å forlate arbeidet.

5.5.4 Oppsummering av styrker

Vi ser at pakkeforløpene har ført til bedre pasientforløp, ettersom det er mer fokus på gode og effektive forløp nå enn før. Initiativet til pakkeforløp kom som sagt fra myndighetene, skjønt det i følge en informant var sterke ønsker om det også fra helseforetakenes side. Dette felles ønsket har ført til effektivitet i kreftbehandlingen. Det tverrfaglige samarbeidet er ikke nytt med pakkeforløpenes innføring, men har blitt enda viktigere, og de nye rollene som er innført – forløpskoordinatorer, -ansvarlige og -ledere – er medvirkende til et styrket samarbeid på tvers av avdelinger. De fleste informantene hevder at pakkeforløpene er organisert på en god måte, men det kommer tydelig frem at bedre rolleavklaring er nødvendig for å optimalisere organiseringen.

5.6 utfordringer ved pakkeforløpene

5.6.1 Målepunktene

Et av temaene som dukket opp flere ganger var ulike problemer med kodingen slik den er organisert i dag. Koordinatorene la frem at de ofte opplever at de ikke får opplysninger om starten på pakkeforløpet fra lokalsykehusene og fastlegene, slik at det kan være problematisk og tidkrevende å finne ut av når pakkeforløpet egentlig startet, som dette sitatet indikerer: *”Hvis de er henvist fra lokalsykehus, så er det ikke alltid at vi får vite når det ble startet pakkeforløp der.”* Problemene rundt dette ble også nevnt av en annen informant. Hun understreket at det er svært viktig at man får på plass et målepunkt fra OUS får vite om

pasienten til behandlingen kommer i gang, fordi OUS som regionsykehus ofte starter på lokalsykehus.

Problemer ved kodingen ble også nevnt av informantene fra patologi og radiologi. De ga uttrykk for at mye av det arbeidet de gjør som krever mye ressurser, ikke blir registrert som et målepunkt. Informanten fra patologi nevnte analyser av operasjonspreparater som blir fjernet i narkose, for eksempel større deler av tykktarm med kreftsvulst (vår anmerkning), som en prosess som tar mye tid og ressurser. Disse er operert ut i forbindelse med pasienttilfeller i pakkeforløp, men denne prosessen er ikke ivaretatt som et målepunkt. Det resulterer blant annet i at den delen av prosessen ikke blir ansett som like viktig, til tross for at det er en betydelig del av kreftbehandlingen. Det får også konsekvenser for de andre målepunktene i pakkeforløpet. Det ble blant annet nevnt at det ofte er en uke ventetid på biopsi. Det ble uttrykt et ønske om at denne prosessen involveres i målepunktene for at man skal kunne se hvor mye dette kan forsinke andre elementer, som for eksempel onkologisk behandlingsstart.

Det virker som om det som foregår på radiologisk avdeling ofte fører til at de andre foretakene får dårligere tall, men at de på avdelingen er oppmerksomme på det selv: *"Mens jeg ser jo at påtrykket nå, det kommer på den biten med det som blir sendt til oss. Fordi at det medfører veldig dårlige tall hos alle de foretakene som sender undersøkelser hit."* De mener selv dette kan forklares med at det helhetlige bildet over hva de skal tilby pasienten ikke er ivaretatt ved planleggingen av målepunktene. Omtrent halvparten av alle CT og MR som kommer inn til radiologi er gjennomganger av undersøkelser som er gjennomført ved andre sykehus, og at dette er arbeid som tar tid og som nok skulle ha vært egne målepunkter.

Akkurat dette ser ut til å ha skapt en del frustrasjon på radiologisk avdeling, ettersom de ofte mottar klager om lang behandlingstid. Radiologi og patologi er klare over at deres seksjoner er flaskehalser, men de tror mye av grunnen til at de har blitt det, er at store deler av jobben de gjør ikke er inkludert i målepunktene slik de ble utarbeidet av myndighetene. *"Altså hovedmengden av vår virksomhet, den har vi enda ikke kommet til i den diskusjonen."*

– Informant fra radiologi om målepunktene.

Det ser også ut som om en av svakhetene ved målepunktene er at de ikke i like stor grad ivaretar pasienter som faller utenfor det gjennomsnittlige pasientforløpet, for eksempel pasienter med to separate kreftdiagnoser eller andre sykdommer i tillegg til kreft

(komorbiditet). Pasienter som trenger flere undersøkelser, eller som må tilbake for å få ytterligere undersøkelser, ble også nevnt som pasienter som ofte vil ta mer tid enn estimert i forløpstidene. Samtidig nevner en informant at tilfeller som dette resulterer i økt fokus på flaskehalser, som igjen fører til at de må jobbe aktivt med å forbedre forløpene.

Dersom forløpstidene ikke overholdes blir de kodet som "røde tall". Det kan selvsagt skyldes ressursmangel, men ofte er årsaken at pasienten selv har bedt om å få timene utsatt fordi de ønsker å tilbringe julen hjemme, reise på ferien de har bestilt, eller lignende. Dette blir ikke tatt hensyn til i kodingen. Helligdager og ferier blir heller ikke ivarettatt av målepunktene, da pakkeforløpene opererer med kalenderdager og ikke virkedager. *"Plutselig er man inni en periode med veldig mange helligdager, hvor det for eksempel ikke er noe operasjonskapasitet, eller det er ikke noe oppstart verken stråle eller kjemoterapi så stopper de opp"*, forklarer en informant.

Pasienter som henvises inn i pakkeforløp for kreft kommer ikke inn systematisk. Det kan være perioder hvor de får inn mange pasienter, og perioder hvor de får inn langt færre. Dette gjør igjen at det kan være perioder hvor enkelte avdelinger er overfylte, mens det i andre perioder er ledig kapasitet, men ingen til å utnytte det. Dette er likevel ikke noe som er nytt og som bare gjelder for pasienter ved pakkeforløp. Det er noe som bør være kjent for de som jobber med planlegging av virksomhet i et sykehus.

"Fordi at hadde det vært sånn at alle kreftpasienter kom på rekke og rad med passe mellomrom, så hadde det vært supert. Men de gjør jo ikke det." - Forløpsleder

Når OUS opplever såkalte "topper", fører det med andre ord til mange røde tall (uthevet av oss):

"Sånn som nå er vi inne i en periode det er veldig mange cancere hvert fall, nå snakker jeg sånn rent kirurgisk sett og det er, jeg tror da vi talte nå så 32 nyoppdagede cancere som skulle opereres da, og aller helst innen fjorten dager. Vi vet jo at dette er svære komplekse operasjoner som man stort sett rekker en av hver dag det er jo.. og så har man ikke operasjonsstuer hver dag heller - det er liksom fire dager i uken, så man rekker i prinsippet 4 pasienter på en uke, og det sier seg selv at det tallet går jo ikke opp" – Koordinator

5.6.2 Ressursmangel

Det kom tydelig frem i intervjuene at mangel på ressurser kan påvirke de ulike avdelingenes mulighet til å overholde pakkeforløpenes frister i relativt stor grad. Det ble også nevnt at mangel på adekvat laboratorieutstyr for patologene, mangel på operasjonskapasitet, sprengt kapasitet på koloskopi, og mangel på menneskelige ressurser, fører til ytterligere press for dem som er på jobb.

5.6.2.1 Menneskelige ressurser

”Har vi litt sykefravær så dropper svartidene dramatisk. Vi har et målepunkt på svar innen 48 timer og den ligger på ganske høy prosent, men vi ser når den først faller så blir den liggende veldig lenge” – Forløpsansvarlig fra radiologi

Det ble gitt uttrykk for at radiologisk avdeling sliter med mangel på ansatte. Dette forklarer de med at den kompetansen de er avhengige av, tar flere år å bygge og ikke finnes ikke i markedet i dag. De er derfor veldig sårbare for sykefravær. Dette blir særlig problematisk ved langtidsfravær.

Koordinatorene ga som tidligere nevnt uttrykk for å ha for liten tid til å utføre sin jobb slik de helst skulle ønsket, som en informant sa: *”Vi klarer ikke, det er for mye, det blir for stort volum på hver enkelt person på kontoret, og sånn som (...) disse myndighetene vil at koordinatoren skal fungere, så får ikke vi koordinert alltid, fordi vi har en del annet å gjøre. Så hos oss så er det der vår utfordring i hvert fall. .”* Flere av koordinatorene mente at rollen tar mye tid rent administrativt, og flere av informantene mente at det kunne ha vært hensiktsmessig om alle koordinatorene var ansatt på fulltid. Dette ble også støttet opp av to andre informanter (disse to er ikke koordinatører), som mente at flere heltidskoordinatører ville være positivt fordi det ville føre til at man frigjør tid for andre. Informanten nevnte: *”Argumentet for et godt antall velfungerende koordinatører er at det frigjør tid for andre”*.

Koordinatorene har mange andre oppgaver i tillegg til koordinatorrollen, og enkelte dager opplever enkelte at de ikke har tid til å gjøre jobben som koordinator, noe som kan gå utover kvaliteten på pakkeforløpene. Det var på den annen side en koordinator som indikerte at hun følte at hun hadde nok tid, så her kan det virke som om det varierer fra koordinator til koordinator. Forskjellene kan ha sammenheng med at noen jobber fulltid og andre har jobben som en birolle i tillegg til en annen stilling, men det kan muligens også relateres til antall pasienter og undersøkelser som må bestilles.

Det ble i tillegg nevnt at de også hadde hatt langtidssykemeldte, og flere ansatte som hadde måttet slutte grunnet høyt arbeidspress. Noen har rett og slett blitt utbrent. Dette kan ha sammenheng med at det ansvaret de føler for pasientene i forløpet, ofte strekker seg forbi det som blir tatt hensyn til innen målepunktene. Et eksempel på dette er at målepunktene ikke fortsetter etter start behandling. Men koordinatorene og forløpsleder bekreftet at koordinatorene ofte er så investerte i pasientene på den tiden at det kan være vanskelig å gi slipp på dem, selv om behandlingen da har startet og det offisielt er noen andre som skal "ta over" pasienten.

Og koordinatorene opplever ofte at pasienter og pårørende ringer den første koordinatoren de hadde kontakt med: *"Og hvis det skjer noe da for pasienten underveis i behandlingen, så har jeg egentlig ikke noe ansvar. Men mange ringer meg likevel."* Da er det naturlig å ta de telefonene, og svare så godt man kan. En forløpsleder forteller: *"Jeg har spilt inn i veldig mange sammenhenger at det er en sånn rar inndeling fordi at det skjer så mye med pasientene etter at de starter behandling. Og man har ikke fokusert da i den grad på koordinator i forhold til det, sånn som vi strever ganske mye med."* Det var i tillegg en informant, som ikke er koordinator, men som jobber tett med dem, som nevnte at koordinatorene ofte følte de ikke greide å etterlate ansvaret for pasientene til sekretærene, og at de må gjøre jobbe selv. Mangel på klar ansvarsfordeling etter behandlingsstart fører altså til ekstra arbeid for koordinatorene. En informant mente på den annen side at koordinatorene selv har et ansvar for å vite når deres ansvar slutter, selv om det kan være vanskelig å gi fra seg pasienten.

5.6.2.2 Utstyrsmangel, kapasitetsutfordringer og utdatert utstyr

Under observasjon av forløpsteammøtet for tykk- og endetarmskreft ble det diskutert mangel på såkalte koloskop. Nå opplever de lang ventetid for pasientene, og de må ofte jobbe overtid for å få inn flere pasienter. Her estimerte de at to eller tre nye koloskop ville kunne få ned ventetiden drastisk, og at det derfor vil være verdt prisen. Det ble på den annen side nevnt av to andre informanter at det ikke nødvendigvis ville være nok å kjøpe inn nye skop. Poenget som ble lagt frem var at man i tillegg til skopene må ha tilstrekkelig med personell og plass for å drifte dem. Løsningen er med andre ord ikke nødvendigvis så enkel som å kjøpe inn nytt utstyr.

Det ble også nevnt at de hadde for lite operasjonskapasitet, og at det var vanskelig å få inn alle pasientene innenfor fristene satt av forløpstidene. Her gikk de gjennom en del røde indikatore tall for kirurgi, og teamet besluttet å gå nærmere inn på tallene for å finne årsakene bak det. Det ble også nevnt utfordringer ved kapasitet på en type strålebehandling (stereotaksi), som potensielt kan føre til ventetid.

”Vi har gammelt, eldgammelt utstyr, det finnes moderne.. mye mer moderne apparater og maskiner til å håndtere vevsprøver som ville gjort dette her mye lettere og raskere.” –

Forløpsansvarlig fra patologisk avdeling

Patologisk avdeling sliter også med gammelt utstyr som hindrer effektiviseringen, og som igjen resulterer i at biopsiene tar lang tid. Informanten kom med et anslag på investering til utstyr på 5-6 millioner som hun mener ville komme alle pasienter til gode, ikke bare for de involvert i pakkeforløpene. Det ble også hevdet av flere informanter at det i Danmark ble gått inn med ressurser, mens her i Norge ble pakkeforløpene innført med mål om å bruke ressurser man allerede hadde til disposisjon.

5.6.3 Nedprioritering av andre pasienter

Da vi var til stede på forløpsmøtet merket vi stor frustrasjon fra enkelte kirurger over det de opplevde som nedprioritering av andre pasienter. Pasienter med alvorlige sykdommer som ikke faller inn under pakkeforløpsordningen, kan ha behov for raskere behandling enn enkelte av pasientene innen pakkeforløp for kreft. Disse pasientene blir nedprioritert fordi forløpspasientene har prioritet. En annen på møtet hevdet imidlertid at kreftpasienter alltid har blitt prioritert, også før innføringen av pakkeforløp.

En representant fra patologisk avdeling nevnte at forløpspasientenes vevsprøver har prioritet, og at pasientgrupper som har lidelser som kanskje er vel så alvorlig og smertefulle blir nødt til å vente. Som følge av lengre ventetid på andre pasienters vevsprøver har det blitt en økning i såkalte hastesaker. Flere og flere leger merker sine prøver som hastesaker, og det blir vanskelig for patologene å skille det som virkelig haster fra det som informanten kalte “pseudohastesaker”. Dette kan gå utover både pakkeforløpspasienter og andre pasienter.

5.6.4 Mangel på et enhetlig system

Pr. dags dato bruker ikke OUS ett dataprogram for å monitorere pakkeforløpene for kreft. Det virker som om mangel på et enhetlig system som kan fange opp hele pasientforløpet, hindrer

effektiviteten. Flere avdelinger sliter med dårlige systemer, og ulike avdelinger opererer med ulike systemer. Flere av koordinatorene har utviklet sine egne systemer for å holde oversikt over pasientene innen pakkeforløpene. Her ble det nevnt metoder som post-it lapper og Excel. Ifølge flere informanter fører slike løsninger til utfordringer ved fravær og når andre må ta over kodingen underveis, ettersom det kan være vanskelig for andre å tolke systemene. En informant nevnte: *”Ingenting på et så stort sykehus skal være personavhengig”*. Riktig nok er et nytt datasystem for koding på vei. Informanten fra patologisk avdeling nevnte også stort behov for et system som kan gi dem muligheten til å monitorere vevsprøvene på en mer effektiv måte enn ved dagens løsning.

5.6.5 Oppsummering av utfordringer

Vi finner en del utfordringer i forbindelse med kodingen av målepunktene. Blant annet er det ofte uklart når de ulike punktene skal kodes, særlig dersom pasienten har begynt pakkeforløpet på lokalsykehus. I tillegg er flere informanter kritiske til at en del av arbeidet de gjør ikke blir kodet, blant annet å analysere operasjonspreparater. Som tidligere nevnt er det også problematisk at de standardiserte forløpstidene er basert på gjennomsnittlige pasienter. Forsinkelser i forbindelse med ikke-gjennomsnittlige pasienter (for eksempel med komorbiditet) kan ha innvirkning på kodingen. Perioder med mange pasienter – såkalte topper – fører til ytterligere utfordringer. Dette kommer blant annet av mangel på både menneskelige ressurser, utstyr og operasjonsstuer.

En gjennomgående kritikk er at pasienter som ikke er henvist til pakkeforløp blir nedprioritert. Det påpekes imidlertid av flere informanter at dette ikke er noe nytt – kreftpasienter har lenge blitt prioritert.

Det er kjent at det er mange utfordringer knyttet til teknologiske verktøy innen helsetjenesten. En stor utfordring ved dagens organisering av pakkeforløpene for kreft er at det ikke finnes et enhetlig system for monitorering. Personavhengige systemer fører til forvirring og forsinkelser. Et felles kodesystem blir heldigvis innført på OUS i løpet av året.

6. Analyse og diskusjon

I dette kapittelet analyserer og diskuterer vi funnene fra forrige kapittel i lys av de teoretiske perspektivene som vi beskrev i kapittel 3. Ettersom temaene vi undersøker - organisering,

læring, samarbeid, kommunikasjon og ledelse – i stor grad er overlappende, vil enkelte tema blir drøftet flere ganger under ulike delkapitler.

6.1 Hvordan uformelle og formelle strukturer påvirker organiseringen av pakkeforløpene

En organisasjonskultur kan skape tilhørighet og tillitt for de ansatte, samtidig som den kan legge til rette for samarbeid og koordinering. Flertallet av våre informanter gir i sine refleksjoner et tydelig bilde av en organisasjonskultur preget av forståelse for hverandre, samarbeid og høy arbeidsmoral. Jacobsen og Thorsvik⁵¹ poengterer at en sterk positiv kultur motiverer de ansatte til å jobbe hardt, og i tillegg styrer retningen for arbeidet. Flere av informantene trekker frem viktigheten av de multidisiplinære teammøtene, der forløpsteamene jevnlig møtes for å diskutere og dele kunnskap. Møtene har blitt en arena der kunnskap og faglig forståelse deles på tvers av organisasjonen. Dette kan legge grunnlag for atmosfære og stemning i samarbeidet. Dette poengteres av flere av informantene, som hevder at møtene har ført til utvikling av kompetanse på tvers av fagområder. Uttalelsen til informantene kan tyde på at organisasjonskulturen er god i de gjeldende pakkeforløp, noe som stemmer overens med at en sterk kultur kan bidra til læring og utvikling av de ansatte i organisasjonen.⁵²

Flere av informantene hevder eksplisitt at rollen som forløpskoordinator er svært omfattende, og det uttrykkes bekymring omkring dårlig definerte ansvarsområder. Det som imidlertid er verdt å merke seg er at forløpskoordinatorene, ifølge våre informanter, alle har en svært høy arbeidsvilje, og arbeider langt utover tiltenkte arbeidsoppgaver. I samsvar med vårt teoretiske perspektiv vitner dette om at ledelsen og de ansatte sammen har lyktes i å skape en kultur preget av høy arbeidsmoral. På den annen side har ledelsen kanskje ikke mestret å forstå og formidle hva som faktisk kreves i arbeidet som forløpskoordinator. Fraværet av orden, mangelen på ledelse og informasjon om arbeidskrav kan i følge Ursin,⁵³ i kombinasjon med å utføre arbeid utover tiltenkt arbeidsområde, føre til stress og senere utbrenthet. Det virker som dette stemmer overens med det vi har funnet om koordinatorrollen. Den mangler en tydelig stillingsbeskrivelse, og blir personlig utformet fra koordinator til koordinator. Rollen har på en måte blitt til underveis, fordi koordinatorene ikke helt visste hva de gikk til. Dette henger også sammen med at det ikke har blitt gitt opplæring i koordinatorrollen. Dette kan være noen

⁵¹ Jacobsen and Thorsvik 2013

⁵² Christensen et al 2004, 49

⁵³ 1990 fra Haukedal 2003, 340

av årsakene til at terskelen for å utføre arbeidsoppgaver som strekker seg forbi det som er forventet av dem, er lav. Det vitner om høy arbeidsmoral og vilje til å få pakkeforløpene til å fungere fra koordinatorene sin side, som vi har nevnt kan sees i sammenheng med en sterk organisasjonskultur. På den annen side har dette igjen ført til høyt arbeidspress, og følgene av det har blant annet vært sykemeldinger og at flere har sluttet. Her kan vi se at en sterk kultur også kan føre til negative konsekvenser.

Det er likevel ikke alt ved koordinatorrollen som er uklart i dag. Som vi har nevnt tidligere, er det klart for koordinatorene i dag at deres rolle slutter egentlig når behandlingen starter. Koordinatorene opplever denne overgangen som vanskelig. En av grunnene som har blitt nevnt til dette, er at det er uklart hvem som overtar ansvaret for pasienten ved behandlingsstart. En informant påpekte at det er viktig at koordinatorene selv tar ansvar for å *"gi fra seg"* pasientene når de skal, til tross for at dette kan oppleves som vanskelig, og på den måten kan de unngå ekstra arbeid som går utenfor deres forventede ansvarsområde.

Ved å innføre en tydelig stillingsbeskrivelse kan man tydeliggjøre forventninger og ansvarsområder til koordinatorrollen. Dette i sammenheng med nødvendig opplæring kan muligens bidra til å gjøre koordinatorrollen mer definert og dermed lette litt på arbeidspresset de i dag er utsatt for. Med tanke på at både forløpsleder og forløpskoordinatorer opplevde overgangen til start behandling som dårlig organisert, kan det være hensiktsmessig å få til klarere rutiner og organisering rundt dette. Dette vil muligens gjøre det lettere for koordinatorene *"å gi slipp"* på pasienten, dersom de er sikre på at de får den oppfølgingen de selv ønsker å gi. Koordinatorene må også selv kunne ta ansvar for å sette klarere rammer rundt sin egen rolle, selv om det oppleves som vanskelig å *"gi fra seg"* pasienten når behandlingen starter. Dette krever tillit til systemet, og til de som skal følge pasienten videre. Det er likevel nødvendig å nevne at vår forskning ikke involverer det som skjer etter start behandling. Det er derfor vanskelig for oss å komme med konkrete tiltak til hvordan dette skal løses.

Andre risikofaktorer knyttet til stress og utbrenthet, som en av våre informanter påpekte, er blant annet at det er dager der de ikke får tid til å være forløpskoordinatorer, ettersom deres andre roller også krever mye av dem. Ved å dele opp hverdagen på denne måten, fører det til skyldfølelse; arbeidet man gjør som koordinator virker å være noe man lett får dårlig samvittighet for å ikke ha nok tid til. Samtidig har de et sterkt ønske om å være tilgjengelige

for pasientene, og å ha tid til å gjøre kodingen ordentlig. Det å skulle koordinere ulike arbeidsoppgaver slik at man får tid til alt, virker det i denne sammenheng som om skaper mer rom for uklarhet og dårlig samvittighet, enn for fleksibilitet og en variert arbeidshverdag. Dette er noe som selvfølgelig ikke gjelder alle koordinatorene. Noen har som sagt fulltidsstillinger og for andre koordinatore, gjerne i andre deler av løpet, virker det som om det å ha koordinatorrollen som en birolle fungerer helt fint. Poenget er at de koordinatorene som gjør mye, både for pakkeforløpsspasienter og andre pasienter, bør få muligheten til å gjøre dette best mulig, uten å føle seg dratt i ulike retninger.

Selve forløpsteamene ser ut til å fungere. Til tross for at flere av våre informanter understreker at forløpslederrollen er lite tydelig definert, peker alt mot at både forløpsledere og forløpsansvarlige bryr seg om, og er viktige støttespillere for alle som innehar koordinatorrollen. Våre informanter føler at de blir sett, og at de overordnede i forløpsteamet verdsetter arbeidet som blir lagt ned, tar seg tid til faglig diskusjon, og er åpne for å skape felles løsninger, også utenom de planlagte teammøtene. Samarbeidet mellom koordinator og forløpsleder blir gjennomgående uttrykt som svært godt, der begge parter involverer hverandre i arbeidet, tar del i diskusjoner omkring organisering og arbeidsprosesser innen sitt pakkeforløp. Gjennom datainnsamlingen har vi fått en forståelse av at forløpsteamet er velfungerende og er med på å utvikle kompetanse og bidrar til læring i organisasjon, noe som kan anses som verdifullt for pakkeforløpenes gjennomførelse. Dette er i tråd med Jacobsen og Thorsvik,⁵⁴ som hevder at velfungerende lederteam er med på å utvikle den enkeltes læringshorisont ved at man deler informasjon, kunnskap og erfaring.

Det kommer frem at koordinatorene, og til dels også ledelsen, har den oppfatning at koordinatorene er overarbeidet. Dette kan på en side oppfattes som et resultat av strukturelle forhold. For eksempel kan det tenkes at det i enkelte situasjoner er krevende for aktørene i forløpsteamene å forholde seg til hverandre, med tanke på at det varierer hvor mye hver enkelt har å gjøre med pakkeforløpene. Rollen som forløpskoordinator er for noen av koordinatorene en birolle, mens andre har rollen på fulltid. Noen jobber i tillegg med andre oppgaver som ikke er knyttet til pakkeforløpet. Det er med andre ord forskjeller i hvor mye tid de ulike koordinatorene har til å utføre koordinatorrollen. Ettersom at de har ulike

54 Jacobsen and Thorsvik 2013, 454-455

ansvarsområder, kan de også bli dratt i ulike retninger både innenfor og utenfor forløpsteamene.

6.2 Organisasjonslæring

Implementeringen av pakkeforløpene medførte klart høye krav til læring innenfor OUS. Som nevnt ble innføringen initiert på bakgrunn av et politisk vedtak, men allikevel krevde det nytenkning blant alle de involvert. Nye personer måtte ansettes, og en del av de allerede ansatte fikk tildelt nye arbeidsområder, i tillegg til de eksisterende stillingene de jobbet i. De berørte avdelingene måtte også utvikle nye rutiner for å sikre at kreftpasientene fikk timer så fort som mulig – for å holde forløpstidene, men også for å sikre forutsigbare pasientforløp for alle involverte. Til tross for at pasienter med kreft belyst i våre funn alltid har blitt prioritert, er det sannsynlig at det nye fokuset som skyldes etablering av pakkeforløp har ført til at enda flere pasienter med andre lidelser nedprioriteres.

Nå som pakkeforløpene er innført, handler mesteparten av læringen om enkeltkretslæring: å rette opp i feil og justere rutiner for å bli enda mer effektive, samtidig som kvaliteten på arbeidet skal holdes på et tilfredsstillende nivå. Som vi flere ganger har nevnt har forløpsteamene vist seg å være en styrke for helseforetaket på flere områder.

Sammensetningen av de ulike spesialitetene og kunnskapene fører til faglig konstruktive samtaler og muligheten til å utvikle pakkeforløpene ytterligere. Det er naturlig at faglige uenigheter også kan oppstå, men vi observerte at forløpsteamene sikter på å finne løsninger sammen og høre på hverandre for å bli bedre. Vi opplevde et sterkt ønske fra alle berørte aktører om at kreftbehandlingen skal bli så bra som overhodet mulig, og at pasientene skal føle seg ivaretatt. Ettersom mange av dem som er med i forløpsteamene hadde jobbet sammen før, ble det enklere å tilpasse seg hverandres rutiner.

Til tross for en overvekt av enkeltkretslæring, er det fremdeles behov for å være åpne for dobbeltkretslæring, altså for alternativer til dagens organisering av pakkeforløpene. Det finnes ikke et enhetlig system innenfor hele OUS for f.eks. koding, overføring av henvisninger, og skanning av røntgenbilder. Og skal noe overføres mellom de ulike sykehusene innen helseforetaket, krever det ofte mye tid og ressurser. Det hadde vært optimalt om man hadde et samlet system fra begynnelsen av, men det er ikke for sent til å innføre et samlet program. Et felles dataprogram for koding skal implementeres i hele Norge innen fire år, og OUS blir blant de første som får ta dette i bruk. Når dette digitale kodesystemet blir introdusert, kan det

være lurt om OUS gjennomfører opplæring i dette. Enhetlige systemer er også nødvendig for å sende henvisninger mellom sykehus, og for å skanne bilder og beskrivelser av bildene – at dette i dag tar fire dager er uholdbart. Men det er bare et drøyt år siden pakkeforløpene ble innført, og det er enda tid til å utvikle seg, såfremt OUS forholder seg åpne til løsninger både innenfra og utenfra.

6.3 Kommunikasjon

6.3.1 Kommunikasjon i lederteam

Som tidligere nevnt fungerer forløpsteamene som lederteam. De benytter seg av jevnlig møter for å diskutere sine respektive pakkeforløp og vurdere arbeidsorganiseringen. Dersom det er noen ikke-optimale forhold, drøfter de mulige handlingsalternativer for å finne ut av årsakene til utfordringene og avgjør hva som kan gjøres for å løse dem. Dette fikk vi blant annet observere under et forløpsledelsesmøte på tykk- og endetarmskreft. Etter jul opplevde pakkeforløpet en del røde tall i forløpstidene, spesielt i målepunktet OF3 – mellom den kliniske beslutningen og oppstarten av behandlingen. For noen pasienter gikk det et par dager over den standardiserte forløpstiden. For andre gikk det mange uker over tiden. De ulike årsakene til slike røde tall kodes ikke, de kan være alt fra utsettelse etter pasientens ønske, til mangel på kapasitet i form av utstyr eller hender. Så ved røde tall legges ansvaret for å ordne opp til aktørene innen pakkeforløpet. Derfor ble det på møtet for forløpsteamet bestemt at de måtte gå i dybden på en del pasienter for å finne ut hva som ligger bak. Flere av informantene har fremmet ønsker om å utvikle et slikt målepunkt for å registrere årsak til ventetid, blant annet for å unngå å bruke ekstra tid og ressurser for å finne ut av de røde tallene.

Vi har forstått det slik at de ulike aktørene i pakkeforløpene er flinke til å ta i bruk hverandres kunnskap og ferdigheter, og at de ber hverandre om råd og assistanse. I tillegg til de multidisiplinære møtene har forløpslederne på både lungekreft og tykk- og endetarmskreft daglig kontakt med flere av forløpskoordinatorerne, og foretrekker direkte dialog for å sikre god informasjon. Om det er noen særlig krevende oppgaver eller mye koding som må gjøres, hender det at flere i teamet setter seg ned sammen for å sikre mer effektivt arbeid. Kommunikasjon kan selvsagt også foregå per e-post eller telefon dersom en bare har et raskt spørsmål.

Til tross for at det tilsynelatende er god kommunikasjon mellom de involverte i lederteamene, kan det virke som om dette i stor grad skyldes gode personlige relasjoner heller enn god

organisering av kommunikasjonsflyten. Det kom tydelig frem i intervjuene at både forløpskoordinatorer og leger legger inn mye ekstra innsats for å få pakkeforløpene til å gå rundt.

6.3.2 Fra en koordinator til den neste

Som vist i kapittel 5 påpekte flere informanter at koordinatorernes samarbeid og kommunikasjon er avgjørende for at pakkeforløpene skal fungere godt. Dette stemmer godt med teorier om at god kommunikasjon bidrar til mer effektiv og sikker drift av organisasjonen. Koordinatorernes dialog seg i mellom, som følger flere av kommunikasjonskanalene, er viktig å mestre. Koordinatorernes rolle innebærer mye individuelt arbeid, og for at overgangen av oppgaver fra en koordinator til en annen skal fungere best mulig, er det viktig at all nødvendig informasjon blir formidlet til den neste koordinatoren som skal ta over stafettpinnen. Dette virker i stor grad å fungere bra for koordinatorerne i de to pakkeforløpene, og er derfor en klar styrke i deres arbeid. Det er derimot uklart om det finnes noen klare rutiner for dette eller om det er opp til koordinatorene i hvert enkelt pakkeforløp å utarbeide og denne typen kommunikasjonslinjer.

Det ser for oss ut til at ansvarsområdet mellom siste koordinator innen pakkeforløpet til den som er ansvarlig for pasienten etter start behandling er et område som bør forbedres. Både koordinatorerne og forløpslederne uttrykte frustrasjon over at det ikke er gitt klar instruks om hvem som skal ta over koordinatorrollen når pakkeforløpet er avsluttet, ettersom dette resulterer i at pasienter og pårørende kontakter forløpskoordinatorerne. Dersom dette skal være en del av deres jobb, må det uttrykkes eksplisitt. Om det ansvaret derimot skal gå til sykepleier eller lignende på avdelingen der pasienten skal behandles, er ledelsen nødt til å gi beskjed om dette, og aller helst tilby en form for opplæring i hva det innebærer å være koordinator for en kreftpasient.

6.3.3 De ulike kommunikasjonskanalene

Vi mener det er viktig at koordinatorerne er klare over hvilke kanaler som er de beste å bruke i de forskjellige situasjonene. Et eksempel er spørsmålet om når man bør ringe, kontra når man bør møte opp og ha en direkte samtale. Dette kan være av stor betydning. Det er også viktig at man har klare og godt kjente rutiner for å lagre informasjon, slik at andre lett kan lokalisere og bruke denne informasjonen. Flere koordinatorene påpekte at det skriftlige journalsystemet burde oppdateres jevnlig, og inneholde nok detaljer til at hvem som helst av aktørene i forløpsteamene skal kunne anvende det.

Forløpskoordinator skal fungere som et bindeledd mellom pasienten og sykehuset. Dette innebærer å informere om hva som planlegges av undersøkelser, og å kommunisere med pasienten før han/hun kommer til konsultasjon i poliklinikken for å snakke med legen. Når man skal informere pasienter, er det som oftest mer hensiktsmessig med muntlig enn skriftlig kommunikasjon, i form av samtaler ansikt-til-ansikt eller telefonsamtaler. Dette kommer an på hva pasienten er mest komfortabel med, og hvor raskt informasjonen må formidles.

Koordinatorerne påpekte at det i disse sammenhengene er viktig å forstå at pasientene har behov for informasjon, men at man ikke må gi alt for mye informasjon på en gang, da dette kan øke pasientens usikkerhet, og føre til stress for noen som allerede er sårbare. Det kan da være mer hensiktsmessig å holde seg til informasjon om for eksempel resultater fra prøver, eller andre enkle, klare beskjeder. Det kan for enkelte pasienter virke unødvendig stressende å skulle motta informasjon om sin egen diagnose til enhver tid, og at det å avtale et tidspunkt for å møtes ansikt-til-ansikt eller for å ta en samtale på telefonen, har virket som en positiv endring av kommunikasjonsformidlingen.

Som nevnt i forrige kapittel er det også viktig at man har rutiner for å fange opp nødvendig informasjon i situasjoner der ansvarlig koordinator ikke selv kan være til stede (for eksempel ved sykdom eller ferier). I slike situasjoner er de skriftlige kanalene ofte viktige. Hvis man skal kunne gå videre og følge tidsskjema, må man kunne gi informasjon til de koordinatorerne som mangler den nødvendige informasjonen, og man må kunne ha informasjonen samlet og tilgjengelig slik at alle kan hente opp og forstå det som er blitt skrevet. Dette hindrer unødvendige stopp i prosessen. Korte beskjeder kan også gis muntlig, men et skriv med basisinstrukser er trolig bedre.

6.3.4 Når kommunikasjonen feiler

En av hovedutfordringene som ble nevnt av informantene fra patologisk og radiologisk avdeling er mangel på kommunikasjon mellom avdelingene. Dersom en avdeling øker sin aktivitet, har de ikke nødvendigvis tatt hensyn til at dette kan ha konsekvenser for en annen avdeling. Dette merker patologene og radiologene spesielt godt, ettersom de forholder seg til mange ulike avdelinger, mens andre spesialiteter ofte kun har sin egen avdeling å tenke på. Det kan indikere at våre informanter ligger i utkanten av kommunikasjonsnettverket, og at det ikke går noen direkte kommunikasjonslinjer mellom patologi og radiologi og de andre avdelingene.

Det kan allikevel argumenteres for at dette ikke er et problem som har oppstått på grunn av pakkeforløpene i seg selv, men er snarere en konsekvens av at strukturen i sykehusene er såpass omfattende at det kan være vanskelig for alle avdelinger å kommunisere tilstrekkelig med hverandre. Men konsekvensene av den dårlige kommunikasjonen mellom spesialitetene er forsterket etter innføringen. Grunnen til dette er at man nå har mer fokus på effektivitet og man blir målt på spesifikke punkter. Alle vil helst holde seg innenfor forløpstidene. Når en avdeling øker sin aktivitet, og det gir konsekvenser for en annen, vil avdelingen kunne få dårligere målinger som resultat. Dette kan skape mer gnisninger enn tidligere, ettersom man svart på hvitt ser konsekvensene av at man ikke får den nødvendige informasjonen for å håndtere endringer fra andre avdelinger.

6.4 Ledelse innen pakkeforløpene

Pakkeforløpene på OUS blir administrert av såkalte forløpsteam. Da er det rimelig at forløpslederen tar rollen som sjef innad i dette teamet, mens de andre rapporterer til vedkommende. Gjennom jevnlig teammøter kan alle medlemmene ta del i diskusjoner omkring organiseringen og arbeidsprosessene på sitt pakkeforløp, og på den måten fungerer de som et lederteam. Dette har vist seg å fungere godt.

I den første tiden etter innføringen av pakkeforløpene, lå ledelsesansvaret hos linjeledelsen. Hver avdelingsleder hadde ansvar for de delene av pakkeforløpet som foregikk på sin avdeling. Det ble raskt ønske om å innføre en forløpsledelse eller forløpsteam som skulle stå for organisering og logistikk av pakkeforløpene, slik det praktiseres i Danmark. Dette teamet består i dag av én forløpsleder med overordnet ansvar for sitt pakkeforløp, en forløpsansvarlig på hver avdeling med faglig ansvar, og en forløpskoordinator på hver avdeling med praktisk ansvar for pasientene.

I tillegg til klarheten om forløpsleders rolle, som nevnt tidligere i dette delkapittelet, viste det seg også å være en del uklarhet rundt rollen som forløpsansvarlig. Begrepene “forløpsleder” og “forløpsansvarlig” ble brukt om hverandre av informantene, og det var først på det siste intervjuet vi gjennomførte at vi fikk en klar definisjon av forløpsansvarliges ansvarsområde. Ikke bare var det uklart for oss hva de ulike funksjonene innebar i form av oppgaver og ansvar, det viste seg å være uklart for sykehusets ansatte også. Det ser ut til å mangle et klart begrepsapparat, som bør være på plass for at aktørene i forløpsteamene skal kunne ha oversikt

over hva de ulike aktørene i teamet kan tilby, og dermed få mest mulig ut av samarbeidet. En slik klargjøring av rollene bør komme fra ledelsen.

6.4.1 Beslutningstaking

Det kan altså virke som om det er uklarhet rundt hvem som har beslutningsmyndighet til hva innenfor pakkeforløpene på OUS. I en rapport fra før innføringen av pakkeforløpene står det at hensikten var at forløpsledelsen i stor grad skulle ta over for linjeledelsen i saker som angikk forløpene. Men linjeledelsen og hierarkiet står fremdeles veldig sterkt, og avdelingslederne må gå til linjelederne dersom det oppstår uenigheter eller utfordringer, f.eks. hva ressurser angår. Forløpslederens beslutningsmyndighet har med andre ord blitt mindre enn det som var tenkt ved utarbeidelsen av forløpsteamene. Dette kan ha negativ innvirkning på pakkeforløpene, ved at man hele tiden må gå tilbake til linjeledelsen, og man kan på den måten tape tid.

Det er også problematisk at forløpsledelsen i prinsippet skal ha myndighet til å ta avgjørelser i forbindelse med pakkeforløpene, men har samtidig ikke de ressursene som trengs til å gjennomføre slike beslutninger. Dette må tas videre med den tradisjonelle linjeledelsen ettersom mye av beslutningsmyndigheten fortsatt ligger der. Så selv om forløpslederen ønsker å få til en god forløpsgang på tvers av avdelinger, vil dette kreve at de enkelte avdelingene er enige i de beslutningene som forløpsleder ser på som hensiktsmessig. Dette kan derfor være utfordrende for forløpsteamene og pakkeforløpene generelt. Det er også med på å skape de uklare ansvarsområdene og gjør det enklere å miste oversikten ved at alle beveger seg innenfor rammene av sine egne avdelinger. Det kan på den andre siden argumenteres for at det er nødvendig å ha en slik inndeling. Dette fordi det for en leder vil være veldig vanskelig å ha ansvaret for alle avdelingene som tar del i pakkeforløpene og deres ulike budsjetter innenfor hver avdeling. Det er allikevel viktig å påpeke at ledelsen må kunne ta de avgjørelsene som trengs for at tiltak skal kunne gjennomføres og pakkeforløpene skal kunne fortsette å jobbe effektivt.

I det opprinnelige mandatet var det forutsatt at forløpskoordinator skulle ha myndighet til å sette opp timer i andre avdelinger. Det hadde vært hensiktsmessig for å sørge for best mulig flyt i pakkeforløpene, for eksempel ved bestilling av ulike undersøkelser av pasienter i pakkeforløpene. Slik organiseringen er i dag, er man avhengig av at hver enkelt koordinator selv sørger for å ha best mulig samarbeid med dem som er ansvarlige for å sette opp timer,

slik at koordinatorene kan få timer når de trenger det. Dette er en stor jobb, og man er samtidig presset til å gjøre dette innenfor forløpstidene. Det virker derfor hensiktsmessig at de har den nødvendige myndigheten til å gjøre denne jobben mest mulig effektivt.

Når det kommer til beslutningsmyndighet i forløpsteamet generelt, ser vi at måten forløpsteamene jobber på stemmer overens med det teoretiske perspektivet på hvordan gode team fungerer. Det er stort fokus på samarbeid og diskusjoner omkring beslutninger og de endringer som må gjøres. Forløpslederen har hovedansvar for å ta videre de løsninger og beslutninger som teamet har kommet frem til, men kommer ikke frem til disse på egenhånd. Dette kan ses i lys av perspektivet om at grupper som er sammensatt av ulike aktører med forskjellig kompetanse, ferdigheter og synspunkter, kan føre til mer rasjonelle beslutninger. På den annen side kan det være vanskelig å komme frem til rasjonelle beslutninger når man har team som er bygget opp av ulike personligheter og fagkunnskaper, og tidspress kan høyne sannsynligheten for konflikter.⁵⁵ Alle disse faktorene er gjeldende i et forløpsteam, og vi kan se at dette ofte fører til begrenset rasjonelle beslutninger, som omtalt i kapittel 3.2.2. Tidspresset blir også forsterket ved at forløpsleder ikke har myndighet til å ta beslutninger over den tradisjonelle linjen. Det tar lengre tid å få beslutninger iverksatt, og det kan skape frustrasjon når man forsøker å få til en endring, men møter motstand. Det er derfor mer oppnåelig å handle begrenset rasjonelt, og velge den første løsningen som fører til et positivt resultat.

6.5 Konklusjon med anbefalinger

Før vi oppsummerer rapporten, vil vi her reflektere litt rundt arbeidet med rapporten. Som følge av dette, kommer vi også med våre anbefalinger til hva vi mener kan gjøres for å videreutvikle de pakkeforløpene vi har sett på, for å gjøre dem enda bedre enn de er i dag.

6.5.1 Konklusjon

Pakkeforløpene, slik de er organisert i dag, har mange styrker. Det er ikke tvil om at informantene vi snakket med opplever at pasientene får raskere og bedre pasientforløp som følge av pakkeforløpene. Med tanke på at dette er to av hovedmålene som er satt av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med den nye nasjonale kreftstrategien 2013-2017: “Sammen mot kreft”, kan man si at strategien har vært vellykket. Det bør allikevel påpekes at vårt felt innenfor temaet pakkeforløp er snevert og at vi kun kan snakke ut ifra det vi har fått

⁵⁵ Jacobsen og Thorsvik 2013, 454-455

vite fra våre informanter. Basert på tallene vi har fått presentert om forløpstider⁵⁶, ser vi at disse i stor grad blir overholdt, og også dét tyder på at pakkeforløpene fungerer.

Når det gjelder samarbeid, har vi sett at innføringen av pakkeforløpene har vært med på å styrke tverrfaglig samarbeid, fordi man blir “tvunget” til å delta i diskusjoner under forløpsteam møter. Dette bidrar til deling av kunnskap og økt kompetanse for de ansatte som jobber med disse forløpene. Slikt tverrfaglig samarbeid og resultatet av det kan komme flere til gode, ikke bare forløpsspasienter. Aktørene i forløpsteamene har i stor grad vært med på å utvikle kommunikasjonsmønstrene, og for det meste er informasjonsformidlingen klar og tydelig, skjønt aktørene lengst ute i kommunikasjonsnettverket (her: patologisk og radiologisk avdeling) fortsatt opplever at kommunikasjonen kunne vært bedre. Ansvarsfordelingen og hva de ulike rollene innebærer, er også noe aktørene i stor grad har utarbeidet seg i mellom. Det virker for oss som om de engasjerte og dyktige medlemmene av forløpsteamene fortjener mye av æren for at pakkeforløpene fungerer så godt som de gjør.

6.5.2 Anbefalinger

Det er imidlertid ikke alt ved pakkeforløpene som fungerer like bra. I det følgende foreslår vi noen endringer som kan gjennomføres ved videreutvikling av pakkeforløpene. Enkelte tiltak vil kreve tilføring av mer ressurser for å kunne gjennomføres, men det er også mulig å gjennomføre noen av dem innenfor eksisterende rammer.

Våre anbefalinger er kun basert på det vi har observert i denne studien, i tillegg til vår faglige bakgrunn. Det kan selvsagt være forhold vi ikke er kjent med, som har stor betydning – både for hvordan pakkeforløpene virker i dag, og hvordan de kan forbedres. Vi anbefaler følgende tiltak til forbedringer:

1. Tiltak for å forbedre koordinatorrollen:

- Flere heltidskoordinatører
- Standardiserte rutiner og opplæring
- Klare stillingsbeskrivelser og avklaring av rollen

Hva kan det føre til?

→ Dersom man har lik opplæring og stillingsbeskrivelse vil man være mindre sårbare ved fravær og dersom noen slutter.

⁵⁶ Helsedirektoratet: «Sentrale indikatorer for organspesifikke pakkeforløp»

→ Alle koordinatorene får én måte å gjøre ting på, noe som kan være viktig for god flyt i pakkeforløpene.

→ Terskelen for å ta på seg arbeid utenfor sine klart definerte ansvarsområder blir høyere, noe som kan føre til at færre blir utbrente.

→ Lavere arbeidspress blant koordinatorene, noe som kan gi færre sykemeldinger og ansatte som sier opp.

→ Koordinatorene kan ha mer konsentrert fokus på pakkeforløpene, noe som dermed kan gi enda bedre pasientforløp, ettersom andre oppgaver og ansvarsområder ikke i samme grad stjeler tid og oppmerksomhet.

→ Flere heltidskoordinatorene vil avlaste annet fagpersonell.

2. Tydeligere organisering og ansvarsavklaring etter at behandling er igangsatt.

Hva kan det føre til?

→ Mindre oppfølgingsjobb for koordinatorene, og det blir lettere å "gi fra seg" pasienten når man vet nøyaktig hva som skjer videre. Dette innebærer at det er tydelig for både koordinatorene og de pårørende hvem som skal overta ansvaret for pasientene.

3. Kodesystemet kan videreutvikles til å:

- Kode ønsket utsettelse av timer fra pasientens side, ettersom det kan gi et bedre bilde av faktisk måloppnåelse. Med mindre det er medisinske årsaker til at pasienten ikke skal kunne utsette operasjonen, bør man kunne gjøre det uten at det går utover forløpstidene.
- Inkludere koding for pasienter som utredes på flere sykehus, og som henvises til OUS som regionssykehus. Det bør være egne koder som viser forløpstider etter henvisning til regionssykehus.
- Inkludere mer av den daglige, tidkrevende virksomheten hos diagnostikerne, også etter start behandling:
 - Analyse av operasjonspreparater (patologi)
 - Gjennomgang av undersøkelser som kommer fra andre steder (radiologi).

Hva kan det føre til?

→ Færre røde tall dersom det skilles mellom årsaker til utvidet tid. Dersom f.eks. pasienten selv ber om utsettelse, er det urimelig å registrere som uønsket avvik.

→ Dersom arbeidet som blir gjort etter start behandling også inkluderes i kodingen, kan det føre til en mer realistisk beskrivelse av tidsbruk for diagnostikere.

4. Beslutningsmyndighet for koordinatorene som går på tvers av avdelinger.

- Det kan innføres en kvoteordning hvor koordinatorene får tildelt tidskvoter (på avdelingene der det er behov for det) for undersøkelsestimer. Dersom disse ikke blir brukt innenfor en gitt tidsfrist kan de frigjøres til andre.

Hva kan det føre til?

→ Bedre flyt og mer strømlinjeformet pasientforløp fordi man ikke vil være like avhengige av personlige egenskaper og samarbeidsvilje hos koordinatorene og andre involverte for å få pasienter inn til riktige undersøkelser til riktig tid.

5. Innføre flere ressurser for å håndtere flaskehalser:

- Flere kolo-/rektoskop
 - Krever også økt tilgang på menneskelige ressurser, timer og undersøkelsesrom for å gjennomføre dette.
- Nytt laboratorieutstyr for patologer

Hva kan det føre til?

→ Kortere ventetid på områder som i dag har høyt press. Dette vil igjen føre til raskere og bedre pasientforløp.

→ Analysearbeidet for patologene gjøres vesentlig lettere og mer effektivt. Dette kan føre til lavere arbeidspress og at flere vevsprøver kan bli analysert på kortere tid.

→ Antall pseudohastesaker går ned siden flere kan få prøvene sine analysert i tide.

7. Avslutning og oppsummering

Det å kunne ta del i et prosjekt som omhandler noe vi anser som et svært viktig og aktuelt tema, har for oss vært veldig spennende og lærerikt. Ettersom vi ikke har helsefaglig bakgrunn, har det vært interessant å få observere et så sterkt fagmiljø, ved å studere to av pakkeforløpene. Samtidig har det til tider føltes svært omfattende og komplekst. Ikke bare har vi lært mye av dette arbeidet, men vi håper også at vi har kunnet bidra med noe til forbedring av pakkeforløpene.

Gjennom denne rapporten har vi fokusert på organisering og arbeidsform i pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Vi ønsket å kartlegge om organiseringen av pakkeforløpene fungerer godt, herunder identifisering av eventuelle flaskehalser eller uklarheter om ansvar og rolledeling. Vi har også fokusert på kommunikasjon i og mellom avdelingene for hvert av de to pakkeforløpene; hvordan beslutninger tas og hvilke styrker og svakheter som karakteriserer dem.

Etter å ha analysert dybdeintervjuene kom vi frem at det tverrfaglige samarbeidet er blitt styrket etter innføringen av pakkeforløpene. Det er mye som tyder på at hyppigere diskusjoner, deling av kunnskap, og økt tverrfaglig kompetanse er et resultat av innføring av pakkeforløp. Det er med andre ord høye krav til klar kommunikasjon. Våre funn viser at pakkeforløpene i større grad fungerer godt som et resultat av dyktige og hardtarbeidende aktører, enn at organiseringen er optimal. Våre funn tyder på klarhet mellom hva jobben teoretisk sett skal gå ut på, og hva som faktisk kreves i jobbene som koordinator og forløpsleder. Dette kan være et resultat av mangelfull opplæring og uklare stillingsbeskrivelser. Vi ser tydelige tendenser til at koordinatorrollen er svært tidkrevende og krever flere personer i arbeid, noe som understrekes av samtlige informanter. Mange av informantene hevder også at det er uklart hvem som kan ta beslutninger, med tanke på at både forløpslederne og -koordinatorene har mandat på beslutningsmyndighet som de ikke lar seg gjennomføre i praksis – på grunn av ressursmangel. Til tross for mange utfordringer og klare flaskehalser, har OUS fått til relativt gode pasientforløp siden innføringen. Men det er enda rimelig nytt, og vi har tro på at organiseringen av pakkeforløpene for kreft kan bli enda bedre.

Generaliserbarheten av våre funn er begrenset. Vi har en begrenset mengde data i form av to fokusgruppeintervjuer, og tre dybdeintervjuer. Studiet vårt er dessuten kvalitativt og ikke

basert på et representativt utvalg fra alle sykehus som er involvert i pakkeforløp i Norge. Det resultatet vi har kommet frem til er basert på et utvalg av henholdsvis koordinatorene, forløpsansvarlige og forløpsledere fra pakkeforløpene fra lungekreft og tykk- og endetarmskreft ved OUS – andre aktører som er involvert i pakkeforløpene er ikke inkludert. Man må derfor være forsiktig med å trekke konklusjoner om at våre informanternes oppfatning av pakkeforløpet er forenlige med andres synspunkter. På tross av manglende mulighet for å generalisere, håper vi at denne studien kan bidra med nyttig informasjon for å forbedre organisering av pakkeforløp for kreft.

Bibliografi

Arnulf, J. K. (2012). *Hva er ledelse*. Oslo : Universitetsforlaget .

Bang, K. (u.d.). *Effektivitet i lederteam - hva er det og hvilke faktorer påvirker det?* Hentet 05 13, 2016 fra psykologitidsskriftet.no:
http://www.psykologitidsskriftet.no/index.php?seks_id=40729&a=3

Blakar, R. M. (1984). *Communication: A Social Perspective on Clinical Issues*. Oslo: Universitetsforlaget .

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and research design. Choosing Among Five Approaches*. Los Angeles: Sage Publications.

Eriksson - Zetterquist , U., Kalling , T., Styhre, A., & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Fangen, K. (2004). *Deltakende observasjon* . Bergen : Fagbokforlaget .

Grenness, T., & Aas, O. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grey, C. (2013). *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about studying organizations*. London : Sage Publications.

Helsedirektoratet . (u.d.). *Introduksjon til pakkeforløp for lungekreft* . Hentet 02 03, 2016 fra helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-lungekreft/seksjon?Tittel=introduksjon-til-pakkeforlop-for-1332>

Helsedirektoratet. (2014, 11). *Implementering av pakkeforløp for kreft*. Hentet 02 05, 2016 fra helsedirektoratet.no:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/692/Nasjonal-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-kreft-IS-2240.pdf>

Helsedirektoratet. (u.d.). *Introduksjon til pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft* . Hentet 02 03, 2016 fra helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-tykk-og-endetarmskreft/seksjon?Tittel=introduksjon-til-pakkeforlop-for-1367>

Helsedirektoratet. (2015, 02). *Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017*. Hentet 02 01, 2016 fra helsedirektoratet.no:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/975/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20kreft%202015-2017.pdf>

Helsedirektoratet. (u.d.). *Om pakkeforløp på kreftområde*. Hentet 02 03, 2016 fra helsedirektoratet.no: kreftområde <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon-for-alle-pakkeforlopene-for-kreft/seksjon?Tittel=om-pakkeforlop-pa-kreftomradet-1375>

Helsedirektoratet. (u.d.). *Sentrale indikatorer for organspesifikke pakkeforløp* . Hentet 04 15, 2016 fra helsedirektoratet.no:

[https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=12e2a534-5bde-47c0-8d60-](https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=12e2a534-5bde-47c0-8d60-e6ae90f8d538&Dd_Parameters=7VjdbtowFH6ViHtwQtZ2jdJlIJYWqYyqsGp3yE0OYOHYme2UdU%2B2%2B73YbCdhgdKuVdt1mogsIOfP3zn%2BzrFE2BEC3w2nl1jgFBSIPpyYyzB%2BZZSJgNy1JgrlQUILZfL1tJvcTFDbdf10JfBxSieQ4qbhEmFWQyNwmflla1athKscMyZEjhWlf8H5B6gk5wlWn%2BC5fyGY5G0Pvd7BsaSi0XrmsASRCMK70MjgbrL4KixpqlbftJf0SUIwhMI0bo47BGqf19jmoMss0z8zHsB7ONcEgZSaggmUrDS1LY60dFKdV92OZOcEr0DJFoBY6KBKZFrS9ZVO5XmM027AtRYTCA9KZKcBNRTVdDVO1wJjBh0UAnPS8jr2sK62EGAisuoJMBWi2G4vRrjul4jlnptbIoHK4AJ%2FiGwnrND7bUPCWx4JJPVsvmQSm4jzwXjfRjYkq%2BY0U4Q5axttY6QiCVIGwWecjT5t6e47UD19XL6Qw0mJpFCW0dSwnwLYBhdjFWLK2CfqwFfbCVGitqG%2FsgKYvfiExqTdfTa2yz06vMrtymsq9KCz3t2N%2BCFaMUUwriXengI9%2FyYd%2FxxGDvUC%2Fn8j%2Fjw37T9Zu%2BN277RYKtw8PDl3ECbZke6A8DDdWnaTVbqZ6FVvLYeH1GBR2ki3OR5hQXYUnACD1qmAlolZaHF3ALNGq2Q1R7Da3DKUu6XJMyNlffEZQNbjfqfCMyanoh2hDVTlrabBiVwsJspLBQbwIU3btEX3Cv4sUCplxQnk0WAqbKOP17t2ydx6YEVmiwJWO%2BAGYVUdjAn4Low6lIdqQhd1cKp7al34SueXT3PJRPTTrGmk%2FYxZk5kuEtCEESMPuAk1WF%2FPkj0x4bJuEFj81ZQmKwyJGdWvYst2ey69Rdp2506lDMJsDmoCQjt3jXos9v0avznsNnzhyoNJ0KCi92nrr1Ffv1GuiW5TNZMqTXE406ybnvb%2FZr5YN784zd0ezp9EMPfSvTfQL)

[e6ae90f8d538&Dd_Parameters=7VjdbtowFH6ViHtwQtZ2jdJlIJYWqYyqsGp3yE0OYOHYme2UdU%2B2%2B73YbCdhgdKuVdt1mogsIOfP3zn%2BzrFE2BEC3w2nl1jgFBSIPpyYyzB%2BZZSJgNy1JgrlQUILZfL1tJvcTFDbdf10JfBxSieQ4qbhEmFWQyNwmflla1athKscMyZEjhWlf8H5B6gk5wlWn%2BC5fyGY5G0Pvd7BsaSi0XrmsASRCMK70MjgbrL4KixpqlbftJf0SUIwhMI0bo47BGqf19jmoMss0z8zHsB7ONcEgZSaggmUrDS1LY60dFKdV92OZOcEr0DJFoBY6KBKZFrS9ZVO5XmM027AtRYTCA9KZKcBNRTVdDVO1wJjBh0UAnPS8jr2sK62EGAisuoJMBWi2G4vRrjul4jlnptbIoHK4AJ%2FiGwnrND7bUPCWx4JJPVsvmQSm4jzwXjfRjYkq%2BY0U4Q5axttY6QiCVIGwWecjT5t6e47UD19XL6Qw0mJpFCW0dSwnwLYBhdjFWLK2CfqwFfbCVGitqG%2FsgKYvfiExqTdfTa2yz06vMrtymsq9KCz3t2N%2BCFaMUUwriXengI9%2FyYd%2FxxGDvUC%2Fn8j%2Fjw37T9Zu%2BN277RYKtw8PDl3ECbZke6A8DDdWnaTVbqZ6FVvLYeH1GBR2ki3OR5hQXYUnACD1qmAlolZaHF3ALNGq2Q1R7Da3DKUu6XJMyNlffEZQNbjfqfCMyanoh2hDVTlrabBiVwsJspLBQbwIU3btEX3Cv4sUCplxQnk0WAqbKOP17t2ydx6YEVmiwJWO%2BAGYVUdjAn4Low6lIdqQhd1cKp7al34SueXT3PJRPTTrGmk%2FYxZk5kuEtCEESMPuAk1WF%2FPkj0x4bJuEFj81ZQmKwyJGdWvYst2ey69Rdp2506lDMJsDmoCQjt3jXos9v0avznsNnzhyoNJ0KCi92nrr1Ffv1GuiW5TNZMqTXE406ybnvb%2FZr5YN784zd0ezp9EMPfSvTfQL](https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=12e2a534-5bde-47c0-8d60-e6ae90f8d538&Dd_Parameters=7VjdbtowFH6ViHtwQtZ2jdJlIJYWqYyqsGp3yE0OYOHYme2UdU%2B2%2B73YbCdhgdKuVdt1mogsIOfP3zn%2BzrFE2BEC3w2nl1jgFBSIPpyYyzB%2BZZSJgNy1JgrlQUILZfL1tJvcTFDbdf10JfBxSieQ4qbhEmFWQyNwmflla1athKscMyZEjhWlf8H5B6gk5wlWn%2BC5fyGY5G0Pvd7BsaSi0XrmsASRCMK70MjgbrL4KixpqlbftJf0SUIwhMI0bo47BGqf19jmoMss0z8zHsB7ONcEgZSaggmUrDS1LY60dFKdV92OZOcEr0DJFoBY6KBKZFrS9ZVO5XmM027AtRYTCA9KZKcBNRTVdDVO1wJjBh0UAnPS8jr2sK62EGAisuoJMBWi2G4vRrjul4jlnptbIoHK4AJ%2FiGwnrND7bUPCWx4JJPVsvmQSm4jzwXjfRjYkq%2BY0U4Q5axttY6QiCVIGwWecjT5t6e47UD19XL6Qw0mJpFCW0dSwnwLYBhdjFWLK2CfqwFfbCVGitqG%2FsgKYvfiExqTdfTa2yz06vMrtymsq9KCz3t2N%2BCFaMUUwriXengI9%2FyYd%2FxxGDvUC%2Fn8j%2Fjw37T9Zu%2BN277RYKtw8PDl3ECbZke6A8DDdWnaTVbqZ6FVvLYeH1GBR2ki3OR5hQXYUnACD1qmAlolZaHF3ALNGq2Q1R7Da3DKUu6XJMyNlffEZQNbjfqfCMyanoh2hDVTlrabBiVwsJspLBQbwIU3btEX3Cv4sUCplxQnk0WAqbKOP17t2ydx6YEVmiwJWO%2BAGYVUdjAn4Low6lIdqQhd1cKp7al34SueXT3PJRPTTrGmk%2FYxZk5kuEtCEESMPuAk1WF%2FPkj0x4bJuEFj81ZQmKwyJGdWvYst2ey69Rdp2506lDMJsDmoCQjt3jXos9v0avznsNnzhyoNJ0KCi92nrr1Ffv1GuiW5TNZMqTXE406ybnvb%2FZr5YN784zd0ezp9EMPfSvTfQL)

Jacobsen , D., & Thorsvik , J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* . Bergen : Fagbokforlaget .

Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* . Bergen : Fagbokforlaget .

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* . Oslo: Universitetsforlaget.

Ryghaug, M. (2002). Å bringe tekster i tale - mulige metodiske innfallsvinkler til tekstanalyse i statsvitenskap. ss. 304-327.

Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo : Gyldendal Akademisk .

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt

Vedlegg

Vedlegg 1: Prosjektmandat

En evaluering av pakkeforløp for kreft med vekt på arbeidsprosesser og organisasjonsmodell

Oslo universitetssykehus

Bakgrunn for prosjektet

I oppdragsdokumentet for Oslo universitetssykehus (OUS) for 2015 fikk sykehuset i oppdrag å innføre pakkeforløp for kreft, slik at pasientene får en standardisert vei gjennom utredning og til evt. start av behandling for kreft.

OUS sitt oppdrag for 2015 fastslo at de 28 pakkeforløpene skulle innføres trinnvis. Første pulje gjaldt de fire krefttypene med størst utbredelse. Det var lungekreft, prostatakreft, brystkreft og tykk- og endetarmskreft. Fra mai ble 10 nye forløp innført og fra september ble de siste 14 innført. Ved OUS ble oppgaven med å koordinere innføringen av pakkeforløpene lagt til direktørens stab (Stab medisin, helsefag og utvikling). En særskilt utfordring med innføringen av pakkeforløpene har vært å kunne monitorere forløpene gjennom koding i det pasientadministrative system på definerte målepunkter, med rapportering til Norsk Pasientregister for månedlige tilbakemeldinger og publisering. Kodingen i DIPS har vært utfordrende og arbeidskrevende.

Proessen med implementering av pakkeforløpene har i seg selv gitt mye nyttig kunnskap om viktige sider ved gjennomføring av de aktuelle pasientforløpene. Sykehuset har siden februar 2015 jevnlig fått data som viser graden av innfrielse av tidsfristene i forløpet. Det gir mulighet til å sammenligne og trekke erfaringer på tvers av ulike forløp og ulike sykehus. Ved noen pakkeforløp er målsetningen nådd, ved andre er det fortsatt betydelige utfordringer.

Formålet med evalueringsprosjektet

Kunnskap og læring utviklet gjennom de erfaringene som er gjort, kan nyttiggjøres ved forbedringer i pakkeforløpsarbeidet ved kreft, og også ved etablering av andre pasientforløp som etter hvert vil bli innført. Tiltak for forbedring av pasientforløp og styrking av tverrfaglig samarbeid vil være sentrale tema vi vil se på. Disse vil være nyttige både i en kreftstrategi for OUS som nå er under utarbeidelse og arbeidet med å bli godkjent som såkalt Comprehensive Cancer Centre (en akkrediteringsordning i regi av Organization of European Cancer Institutes).

Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom Norges Forskningsråd på nasjonal basis starte en evaluering av implementeringen av pakkeforløpene for kreft. Resultatene av en slik nasjonal evaluering kan ligge litt fram i tid. Den vil dessuten ikke gå i dybden når det gjelder spesifikke detaljer knyttet til pakkeforløpene ved OUS. Ut fra dette vil vi nå gjennomføre en evaluering for OUS av to av pakkeforløpene som er innført her: lungekreft og tykk- og endetarmskreft.

Resultatmål

Vi vil ta for oss organisering og arbeidsform i forbindelse med pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Vi vil se på prosessen mellom de fire punktene som måles i forløpstiden: fra start pakkeforløp til start utredning (OF1), fra start utredning til klinisk beslutning (OF2), fra klinisk beslutning til start behandling (OF3), og det helhetlige målet fra start pakkeforløp til start behandling (OF4). Vi vil beskrive denne prosessen, og vurdere hva som fungerer og eventuelt ikke fungerer for å fremme tidsmålsetningene og andre målsetninger som er satt for pakkeforløpet. Vi vil også diskutere mulige forbedringer ut fra de utfordringene vi har identifisert. Som del av dette arbeidet vil vi trekke

frem styrker og svakheter ved organiseringen slik som den er nå, herunder søke å identifisere flaskehalser og eventuelle uklarheter rundt ansvar og roller. Vi vil også se på kommunikasjonsflyten mellom enheter innenfor hvert av de to pakkeforløpene.

Problemstillingene vi vil jobbe ut fra (med forbehold om endring) er oppsummert følgende:

Hvordan fungerer kommunikasjonsflyten innen hvert av målepunktene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft?

Hvordan organiseres samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom avdelingene?

Hvordan fordeles ansvar og roller?

Hvordan tas beslutninger?

Datakildene våre vil være studier av tilgjengelig tallmateriale om aktivitet og kvalitet i forløpene, studie av grunnlagsdokumenter som beskriver målsetninger o.l. og om mulig observasjon av et eller flere møter i multidisiplinære teammøtene (MDT), og kanskje den viktigste datakilden vår: intervjuer, både i form av fokusgruppeintervjuer og dybdeintervjuer. Deltakere i slike intervju vil være forløpskoordinatorer, forløpsledere, og diagnostikere og evt. noen få faglige informanter.

Leveransen vil være en skriftlig rapport til oppdragsgiver, samt en muntlig presentasjon og drøfting av den skriftlige leveransen.

Rammebetingelser

Prosjektet skal ikke ha ansvar for å realisere effektene av prosjektet som beskrevet i dette dokumentet.

Grunnlagsdokumentasjon

- Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF: Deling av klinikkene og videre organisasjonsutvikling, IKT, teknologi- og stabsfunksjoner. Delrapport 3.
- Helsedirektoratet: Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017
- Helsedirektoratet: Implementering av pakkeforløp for kreft
- Helse og omsorgsdepartementet: Sammen – mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013-2017
- Data på pasienttilfredshet (som vi venter på å få fra OUS)
- Data over ventetider (som vi venter på å få fra OUS)
- Intervjudata (som vi skal samle inn)
- Observasjonsdata (som vi skal samle inn)
- Pakkeforløp for lungekreft:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-lungekreft>
- Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-tykk-og-endetarmskreft/seksjon?Tittel=introduksjon-til-pakkeforlop-for-1367>

Nærmere om omfang, avgrensninger og arbeidsform

Prosjektet får en naturlig avgrensning med hensyn til tid, da utkast til mandat ble overlevert den 26. januar, og rapporten skal være ferdigstilt innen midten av mai. Fra UiOs side forventes det at studentene setter av to hele arbeidsdager i uka til å jobbe med prosjektet i gruppene.

Av de første fire innførte pakkeforløpene, vil vi forholde oss til to: lungekreft og tykk- og endetarmskreft. I utgangspunktet er vi bedt om å evaluere disse to, og om mulig sammenligne dem. Med forbehold om at det er mulig innenfor rammene, vil vi sikte på å få til dette.

Intervjuer av nøkkelpersoner vil være viktig å få gjennomført tidlig. Vi vil gjennomføre fokusgruppeintervjuer med forløpskoordinatorene på hvert av pakkeforløpene, og dybdeintervjuer med forløpslederne. I tillegg vil vi ha dybdeintervjuer med én diagnostiker fra hvert pakkeforløp. Dersom det blir tid, vil vi vurdere å ha informantsamtaler med et par relevante personer fra OUS, og observasjon av et eller to MDT-møter.

Vi vil også benytte oss av en del foreliggende dokumentdata fra Helsedirektoratet om pakkeforløpene, samt foreliggende data fra OUS om pasienttilfredshet og ventetider.

Pakkeforløpene omfatter utredning og initial behandling, samt oppfølging og eventuell behandling av tilbakefall. Ettersom perioden fra utredning til initial behandling i stor grad er standardisert, mens perioden fra initial behandling til oppfølging og eventuell behandling av tilbakefall er langt mer individualisert, vil vi avgrense til kun å se på den første perioden. Dette også grunnet tidsbegrensninger.

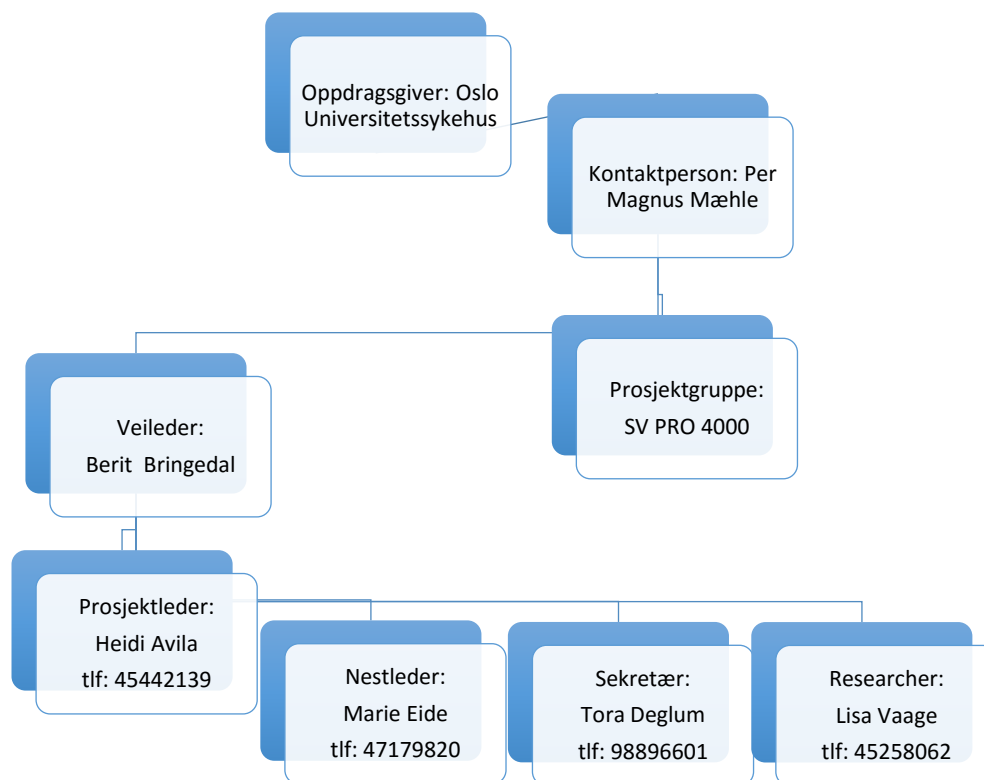
OUS behandler pasienter på flere nivåer. OUS er lokalsykehus for noen (Oslo), har regionsoppgaver for andre (Helse Sør-Øst), og landsfunksjon for noen få oppgaver. Vi vil forenkle studien noe ved kun å ha fokus på pasienter ved OUS, som har OUS som lokalsykehus. Innen de aktuelle pasientgruppene vil de diagnostiseres og behandles på Ullevål sykehus. Ullevål har kreftbygg. I enkelte tilfeller kan behandling foregå på Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

Vi kommer ikke til å ha tilgang direkte til pasientdata, ettersom dette er sensitiv informasjon, som sykehuset har strenge regler på. Dette vil begrense muligheten for å samle inn pasientdata på individnivå. Vi får imidlertid tilgang til data om omfang av behandling og innfrielse av forløpstider. Vi kan bevege oss i sykehusmiljøet.

Tentativ milepælsplan

MILEPÆLSPLAN	
Beskrivelse	Ferdigdato
Igangsettelse av prosjektet	26.01.2016
Innlevering av revidert mandat	19.02.2016
Ferdigstillelse av intervjuguide	14.03.2016
Innhenting av data	15.04.2016
Rapportskriving	20.05.2016
Fremføring for OUS	Uke 21
Fremføring for UiO	02.06.2016

Roller



Dato og signatur

Oppdragsgiver OUS

v/ Per Magnus Mæhle _____ Dato: _____

Prosjektleder

Heidi Avila _____ Dato: _____

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«En evaluering av pakkeforløp for kreft med vekt på arbeidsprosesser og organisasjonsmodell»

Bakgrunn og formål

Vi skal gjennomføre en evaluering av pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft og lungekreft, med vekt på arbeidsprosesser og organisasjonsmodell.

Problemstillingene vi vil jobbe ut fra (med forbehold om endring) er følgende:

Hvordan fungerer kommunikasjonsflyten innen hvert av målepunktene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft?

Hvordan organiseres samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom avdelingene?

Hva er styrker og svakheter og hvor kan det ligge forbedringspunkter?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deres deltakelse i studien innebærer dette fokusgruppeintervjuet, og vi vil i tillegg intervju forløpslederen på pakkeforløpet og en diagnostiker. Spørsmålene vil omhandle forløpsteamene, MDT-møtene og målepunktene i pakkeforløpene, og data registreres med lydopptak og notering.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun vi i prosjektgruppen og evt. vår veileder vil ha tilgang til dataene, som blir kodet og lagret på privat datamaskin.

Vi vil i så stor grad som mulig anonymisere rapporten, men ettersom pakkeforløpene er navngitt og det er kjent hvem koordinatorene på hvert forløp er, vil dere til en viss grad kunne gjenkjennes.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 25.05.16. Da vil alle personopplysninger slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.⁵⁷

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Heidi Avila på telefonnummer 454 42 139. Dere kan også kontakte vår veileder Berit Bringedal på telefon 909 83 849.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)
