

Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet på prøvesvar fra en avdeling for patologi?

Ørjan Olsen Axelson

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Mai 2019

Forord.

I flere år, tilbake til 2010 har jeg sett på de mange utfordringer og de mange muligheter som finnes ved Avdeling for patologi. Biopsiseksjonen har vært mest aktuell på grunn av den store pasientprøvemengden, prøveflyten og de diagnostiske svartider. Det har i årene mellom 2010 og 2016 vært ulike former for prioriteringer av prøvetyper, ulike tiltak for å redusere gjennomløpstider i biopsiseksjonen og diagnostiske svartider. Jeg har sammen med flere av mine kollegaer opplevd lange forløp og svartider og sett at pasienter måtte ha ventet unødvendig lenge på sitt diagnostiske prøvesvar.

I 2015 ble Pakkeforløp for kreft innført i Norge. Dette hadde som hensikt å gi forutsigbarhet og trygghet for pasientene gjennom bedre pasientforløp ved mistanke om kreft. Min umiddelbare tanke var at dette ville bidra sterkt til å bedre prøveflyt og diagnostiske svartider, men også at pakkeforløp for kreft også kunne forlenge svartider på prøvetyper som ikke ble omfattet av pakkeforløpet. Med dette masterstudiet har jeg fått muligheten til å undersøke hvordan denne innføring av pakkeforløp for kreft har hatt innflytelse på prøveforløp og diagnostiske svartider. Arbeidet med oppgaven har vært interessant og lærerik.

Jeg vil først og fremst takke min veileder Professor Aslak B. Aslaksen for svært god hjelp og lærerike diskusjoner.

Videre vil jeg takke kollega Kjersti Staby for gode diskusjoner og innspill til oppgaven og en stor takk til de interesserte og flinke informantene som deltok i dybdeintervjuene.

INNHold

Tabeller.....	4
Figurer	4
1. Innledning/bakgrunn.....	8
2. Tema for oppgaven	10
3. Hensikt og formål	11
4. Problemstilling og forskningsspørsmål.....	11
5. Helsepolitiske føringer og teori	12
5.1 Helsepolitiske føringer	12
5.1.1 Eksempel på pakkeforløp for kreft som ble innført.....	13
5.1.2 Rapportering	15
5.2 Teori.....	18
5.3 Kvalitet	18
5.4 Kvalitetsperspektiver.....	20
6. Oppgavedesign og metode.....	26
6.2 Metode	28
6.2.1 Kvantitativ metode.....	28
6.2.2 Kvalitativ metode	28
6.3 Utvalg av vevsprøver.....	29
6.4 Statistiske analyser.....	30
6.5 Databehandling/ analyseform.....	31
7. Forskningsetiske vurderinger	31
7.1 Forskning på egen arbeidsplass	31
7.2 Personvern og forskningsetikk	31
8. Resultat.....	32
8.1 Kvantitative funn.....	32
8.2 Kvalitative funn	41
8.2.1 Rekvirenter.....	41
8.2.2 Patologer	44
9. Diskusjon	48
9.1 Kvantitative funn.....	48
9.2 Kvalitative funn.	51
9.2.1 Forbedret svartid (Rekvirenters/patologers opplevelse av forbedret svartid)	51
9.2.2 Forutsigbarhet (Opplevelse av)	53

9.2.3 Kvalitetsperspektiv (Rekvirenters og patologers kvalitetsperspektiv for pakkeforløpsprøver).....	53
9.3 Hva skjer i praksis?	55
9.4 Confounders	57
9.5. Validitet og relabilitet.....	58
10. Konklusjon	59
11. Definisjoner	60
12. Styrker og svakheter ved studien	60
13. Referanseliste	62
14. Vedlegg.....	64

Tabeller

<i>Tabell 1. Datagrunnlag. Antall pasientprøver i % som utgjorde utvalg i studien.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabell 2. Mann-Whitney test og statistikk med p-verdi for føflekkreft.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabell 3. Mann-Whitney test og statistikk med p-verdi for basalcelle karsinom.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabell 4. Mann-Whitney test og statistikk med p-verdi for nævus prøver.....</i>	<i>38</i>

Figurer

<i>Figur 1. Oversikt over krefttypene som omfattes av pakkeforløp for kreft.....</i>	<i>14</i>
<i>Figur 2. Nasjonal oversikt pakkeforløp for føflekkreft 2016.....</i>	<i>15</i>
<i>Figur 3. Flytskjema som illustrerer forløpet ved føflekkreft, inkludert forventede forløpstider.....</i>	<i>17</i>
<i>Figur 4. The PDSA Cycle for Improvement.....</i>	<i>26</i>
<i>Figur 5. Calculation of the Mann-Whitney U.....</i>	<i>30</i>
<i>Figur 6. Svartid føflekkreft før og etter innføring av pakkeforløp.....</i>	<i>32</i>
<i>Figur 7. Bloxplott-resultat føflekkreft før og etter innføring av pakkeforløp.....</i>	<i>34</i>
<i>Figur 8. Svartid før og etter innføring av pakkeforløp. Basalcelle karsinom.....</i>	<i>35</i>
<i>Figur 9. Bloxplott-resultat basalcelle karsinom prøver før og etter innføring av pakkeforløp.....</i>	<i>37</i>
<i>Figur 10. Svartid Nævus prøver før og etter innføring av pakkeforløp.....</i>	<i>38</i>

<i>Figur 11. Bloxplott-resultat nævus prøver før og etter innføring av pakkeforløp.....</i>	<i>40</i>
<i>Figur 12. Sesongvariasjoner i prøvemengde. År 2014, 2015 og 2016.....</i>	<i>57</i>



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet på prøvesvar fra en avdeling for patologi?				
Forfatter Ørjan Olsen Axelson				
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleder Avdeling for patologi. Haukeland universitetssjukehus				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Aslak Bjarne Aslaksen (UIB)		
Antall sider 70	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: I 2015 ble Pakkeforløp for kreft innført i Norge med den hensikt å gi forutsigbarhet og trygghet for pasientene gjennom bedre pasientforløp ved mistanke om kreft. Hensikt: Undersøke om innføring av pakkeforløp for kreft har bidratt til en større forutsigbarhet og hurtigere diagnostiske svartider samtidig som ordinære pasientprøver fortsatt er ivarettatt på en god måte uten at de har fått forlengede diagnostiske svartider Materiale og metode: Datamateriale for utvalget i studien utgjør 5028 pasientprøver. Dette datagrunnlag ble brukt til å se på en endring i diagnostiske svartider i lys av kvantitative undersøkelser. I studien ble det også benyttet kvalitative undersøkelser i form av intervjuer av henvisende lege og patologer. Resultat fra undersøkelser ble satt opp mot hverandre for sammenlikning. Resultat: Diagnostiske svartider på utvalget av pasientprøver i undersøkelsen som er omfattet av pakkeforløp for kreft viser signifikat forbedret resultat. Det er kortere diagnostiske svartider etter innføring av pakkeforløp for kreft. Prøvetype i undersøkelsen som ikke var omfattet av pakkeforløp for kreft viste både kortere og lengre diagnostiske svartider etter innføring av pakkeforløp for kreft. Konklusjon: Diagnostiske svartider etter innføring av pakkeforløp for kreft viser seg å være forbedret. Det har blitt endringer og tiltak etter innføring av intervensjonen pakkeforløp for kreft. I perioden etter innføring har samarbeidet mellom merkantil tjeneste og laboratoriet ved Avdeling for patologi blitt tettere. Nye rutiner og organisering av prioriterte prøver er etablert. Studien identifiserer flere forbedringsområder i kommunikasjonen mellom rekvirenter og Avdeling for patologi. Funn kan tyde på at patologer leverer diagnostiske svar på bakgrunn av antakelser på hva rekvirenter ønsker, og at det er et behov for rekvirenter å få informasjon underveis i det diagnostiske forløp.				
Nøkkelord Pakkeforløp for kreft, prioritering, diagnostiske svartider, Avdeling for patologi, kvalitetsindikator.				



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health
Economics in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Has the introduction of a pathway for cancer contributed to increased quality of test results from a department of pathology				
Author				
Ørjan Olsen Axelson				
Author's position and address				
Section Manager Department of Pathology. Haukeland University Hospital				
Date of approval		Supervisor		
		Aslak Bjarne Aslaksen (UIB)		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
70	Norwegian	English		
Summary				
<p>Background: In 2015, Pathway for Cancer was introduced in Norway with the aim of providing predictability and safety for the patients through better patient's pathway in case of suspected cancer.</p> <p>Purpose: To investigate whether the introduction of Pathway for Cancer has contributed to greater predictability and faster diagnostic response times while still maintaining proper patient compliance without having received prolonged diagnostic response times</p> <p>Material and method: Data material in the study is 5028 patient samples. This data was used to look at a change in diagnostic response times using quantitative analyses. The study also used qualitative analyses in the form of interviews with referring physicians and pathologists. Results from surveys were compared to each other for comparison.</p> <p>Results: Diagnostic response times of patient samples in the study included in the pathway of cancer show significantly improved results. There are shorter diagnostic response times after the introduction of pathway of cancer. The type of test in the study that was not included in the pathway of cancer showed both shorter and longer diagnostic response times after the introduction of pathway of cancer</p> <p>Conclusion: Diagnostic response times after the introduction of pathway of cancer are evident and improved. There have been changes and measures following the introduction of the intervention pathway of cancer. During the period after the introduction, the collaboration between the mercantile service and the laboratory at the Department of Pathology has become closer. New routines and the organization of prioritized samples have been established. The study identifies several areas of improvement in the communication between the requisitioners and the Department of Pathology. Findings may indicate that pathologists provide diagnostic responses based on assumptions on what the requester wants, and that there is a need for requisites to obtain information along the way during the diagnostic course.</p>				
Key word				
Pathway of cancer, prioritization, diagnostic response time, Department of Pathology, Quality Indicator.				

1. Innledning/bakgrunn

Det stilles større krav til helsetjenesters effektivitet og ressursutnyttelser. Dette får en innvirkning på helseforetak, pasienter, helsepersonell og ledelse. Effektiv drift stiller store krav til logistikk, behandlingspraksis og prioriteringer. Bedre kommunikasjon og pasientoverføringer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og internt i spesialisthelsetjenesten er en forutsetning. Begrep som standardiserte pasientforløp, pakkeforløp og behandlingslinjer blitt mer aktuelle. Det utarbeides standardiserte arbeidsrutiner og behandlingsprosedyrer(diagnoseveiledere) som gjelder både for de ansatte og for pasientene. Prosedyrene vil i primærhelsetjenesten bestå av at når fastlege har mistanke om kreft så skal pasienten henvises direkte til aktuelt pakkeforløp for kreft. Med dette beskriver diagnoseveiledere hva som gir mistanke om kreft, og hvilke undersøkelser som må gjøres før en henviser til aktuelt pakkeforløp. Pasienter som henvises til et pakkeforløp, kan motta en generell pasientinformasjonsbrosjyre om pakkeforløp for kreft(1). Sykehusene blir presset i med økende krav om standardisering fra politisk hold og et stadig økende krav om individualisert behandling av pasienter. Disse to ulike krav lar seg vanskelig kombinere. Standardisering innebærer lik behandling av pasienter ved kvalitetssikring, effektivisering og forutsigbarhet. Ved individualisert behandling menes her en persontilpasset behandling og individuell oppfølging, profesjonell autonomi og at pasientens ønsker vektlegges stort. (2)

Fra januar 2015 ble det innført pakkeforløp for kreft i Norge. Dette medførte at pasienter som ble omfattet av pakkeforløp fikk en prioritering i helseinstitusjonene. Denne endring i prioritering kan tenkes å medføre at andre pasientgrupper blir nedprioritert, uten at dette nødvendigvis er uttalt fra regjeringnivå.

Den 6. november 2014 ble er fra helse- og omsorgsminister Bent Høie avholdt et høringsmøte om pakkeforløp for kreft hvor Høie blant annet uttalte:

«Vår visjon er å skape pasientens helsetjeneste. Nå går vi fra ord til handling: Vi bygger pasientens helsetjeneste i praksis. Pakkeforløp for kreft er et lokomotiv i det arbeidet. Vår regjering vil styrke kreftbehandlingen. Det betyr å supplere den nasjonale kreftstrategien som kom i 2013, med en plan for arbeidet.

Det skal gi:

- *kortere ventetid*
- *raskere diagnose*

Kreftløftet har tre hovedelementer som følger en gjennomtenkt rekkefølge:

- *tverrfaglige diagnosesentre*
- *standardiserte pakkeforløp,*
- *bedre samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten».(3)*

Altså kommer det fram at ved innføring av pakkeforløp for kreft vil alle få lik og hurtig behandling.

2. Tema for oppgaven

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke om innføring av pakkeforløp har innfridd forventningene til økt kvalitet ved å se på et utvalg av prøver. Denne undersøkelsen fokuserer på prøver sendt fra rekvirerende leger i spesialhelsetjenesten som skal utrede pasient for eventuell føflekkreft. Prøven sendes så til patolog. En patolog er en lege med spesialisering i patologi, med kunnskap om og bakgrunn for å diagnostisere biopsiprøver. Det innebærer å ha kunnskap om å stille en diagnose på en biopsi (vevsprøve) tatt fra pasient. Denne biopsi gjennomgår et preanalytisk forløp i laboratorier ved Avdeling for patologi før den presenteres for patolog. Dette preanalytiske forløp er en komplisert og et tidkrevende forløp. Den tiden prøven har i gjennom det preanalytiske forløp kommer i tillegg til den tiden det tar for patolog å stille en diagnose. Tiden som presenteres i dager er fra når prøven mottas ved Avdeling for patologi, tiden prøven tar igjennom det preanalytiske forløp og til patolog har stilt en diagnose på prøven.

Utvalget av prøver er valgt på bakgrunn av at dette er prøver som går til henholdsvis pakkeforløp for kreft og prøver som går til ordinært prøveforløp. Det undersøkes også om det har oppstått komplikasjoner eller utfordringer for Avdeling for patologi under eller etter endringen/implementering av endringene og om innføring av pakkeforløp for kreft har gitt pasient, rekvirent og Avdeling for patologi hurtigere diagnostiske svartider.

Vurderingen er gjort ut ifra følgende perspektiver:

- De ansattes perspektiv. For å belyse om dette har en innvirkning på medarbeiderne og medarbeiders autonomi i form av og blir styrt av et satt prioritersingsløp og hvilke tanker man gjør seg med tanke på prioritering og nedprioritering av pasientprøver. Her kan en undre seg om medarbeideren reflekterer over etiske perspektiver i denne prioriteringen, og påvirker det medarbeiders arbeidshverdag?
- Rekvirentens perspektiv. For å belyse hvilke tanker rekvirentene gjør seg om resultatet av prioriteringene – hva mener de er fordeler og ulemper med pakkeforløpene?

3. Hensikt og formål

I denne oppgaven har jeg undersøkt om innføring av pakkeforløp for kreft har bidratt til en større forutsigbarhet og hurtigere diagnostiske svartider på sykdommer som omfattes av pakkeforløp: Jeg har også undersøkt om pasientprøver som ikke omfattes av pakkeforløp fortsatt er ivaretatt på en god måte uten at de har fått forlengede diagnostiske svartider.

4. Problemstilling og forskningsspørsmål

Bakgrunnen for innføring av pakkeforløp for kreft er blant annet å gi forutsigbarhet og kortere svartider for diagnostikk for de krefttypene som omfattes av pakkeforløpene. Jeg har valgt å formulere problemstillingen for oppgaven:

Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet for pasient?
Hvilke endringer har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til for pasienter, rekvirenter og Avdeling for patologi?

For å belyse problemstillingen har jeg gjort følgende analyser:

- Undersøkt svartidene for et utvalg av pasientprøver over en periode før og etter innføringen av pakkeforløp for kreft.
- Undersøkt endringer i besvarestid på pasientprøver som ikke omfattes av pakkeforløp for kreft.
- Undersøkt hvordan Avdeling for patologi etterlever prioritering av pakkeforløpsprøver.
- Undersøkt hvordan systematikken er for ordinære pasientprøver/ undersøke om innføringen av pakkeforløp for kreft har hatt innvirkning på prøveforløpet til ordinære pasientprøver
- Undersøkt om rekvirenter opplever øket kvalitet etter innføring av pakkeforløp.

5. Helsepolitiske føringer og teori

5.1 Helsepolitiske føringer

Sommeren 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre veiledende forløpstider for kreft. Bakgrunnen var Helsetilsynets risikorapport: Risikobildet av norsk kreftbehandling (4). Rapporten viser til forbedringspotensialer i kreftbehandling på norske sykehus. Det framgår av oppdraget at forløpstidene skal være normerende og førende for helseforetakenes logistikk og organisering, samt at helseforetakene skal legge til rette for bedre organisering av drift slik at frister overholdes. Fristene det henvises til er tidsfristene som Helse- og omsorgsdepartementet viste til i det reviderte oppdragsbrevet utgitt 1. juli 2011. De veiledende tidsfristene angitt i oppdragsbrevet er: Henvisning skal være vurdert etter 5 virkedager, utredning skal være igangsatt innen 10 virkedager og første behandling skal ha startet innen 20 virkedager. Målkrevet er at 80 prosent av pasientene kommer innenfor de foreslåtte forløpstidene, og det skal rapporteres i de regionale helseforetaks årlige melding til departementet i hvilken grad målene er oppnådd.

I 2013 ble det laget en omfattende strategiplan for kreft. I «Sammen – mot kreft 2013-2017» er det definert fem hovedmål (5):

- **En mer brukerorientert kreftomsorg.** Her er det ønskelig at pasienter skal aktivt trekkes inn i beslutninger om behandlingen samt at de kan forvente en større forutsigbarhet og bedre informasjon om egen sykdom og sykdomsforløp.
- **Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp.** Intensjoner her er at pasientene skal få en opplevelse av at de medisinske tjenester henger sammen uten unødige forsinkelser. Oppstart av behandling skal skje innen 20 virkedager etter at henvisning er mottatt i spesialhelsetjenesten. Dette skal gjelde for 80 % av kreftpasienter.
- **Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging.**
- **Flere skal overleve og leve lenger med kreft.** Her er målet at Norge skal være blant de landene med høyest 5-års overlevelse etter kreft og lavest dødelighet. Kreftpasienter i Norge skal tilbys diagnostikk, utredning, behandling, oppfølging og rehabilitering på høyt internasjonalt nivå.
- **Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.**

Med utgangspunkt i hovedmål 2, «Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp» vil standardiserte pasientforløp kunne bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg og legge til rette for bedre samhandling i pasientforløpet samtidig redusere risikofaktorer og unødvendig ventetid for pasienter. Formålet med pakkeforløpet er å bidra til rask diagnostikk og behandling uten ikke-medisinsk ventetid. (6)

Helsedirektoratet utarbeidet pakkeforløp for kreft og diagnoseveileder. Det ble utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft.

Pakkeforløp for kreft ble innført i Norge januar 2015.

I denne oppgaven har jeg studert studerer innføring av pakkeforløp for føflekkreft. For å gi litt bakgrunnsinformasjon omkring nevnte pakkeforløp i oppgaven viser man her til aktuelt pakkeforløp.

5.1.1 Eksempel på pakkeforløp for kreft som ble innført

Ett av de 28 pakkeforløpene som ble innført i januar 2015 var pakkeforløp for føflekkreft. Føflekkreft er blant kreftformene som har hatt størst økning de siste ti-år i den vestlige verden. Så mange som 9 av 10 dødsfall av hudkreft tilskrives malignt melanom i Europa. Over 20000 nordmenn lever med diagnosen, og kreftformen rammer relativt mange unge personer.(7) I 2016 fikk 2114 nordmenn føflekkreft. Av disse var 1066 menn og 1048 kvinner. Tallene er hentet fra Kreftregisteret.

Forekomsten stiger med alder. Sammenlignet med andre kreftformer, er dette den nest vanligste kreftformen i aldersgruppen 25-49 år, både blant menn og kvinner. Det er svært sjelden noen får denne kreftformen før puberteten.

Fem år etter at pasienten har fått diagnosen, lever fortsatt 83,7 prosent for menn 90,1 prosent for kvinner(8)

Flere sykehus har nå fått på plass forløpskoordinatorer. Forløpskoordinator er for å sikre logistikk og kontinuitet i pasientforløpene. Pasientforløpet ved føflekkreft koordineres for å sikre et effektivt forløp fra spesialisthelsetjenesten mottar henvisning til oppstart av behandling eller eventuelt avsluttet pakkeforløp. Forløpet koordineres for å unngå

unødvendige forsinkelser og sikre et tett samarbeid mellom involverte spesialister/avdelinger. Det forutsettes at forløpskoordinator har grundig kjennskap til pakkeforløpet og til det pasientadministrative systemet.(9)

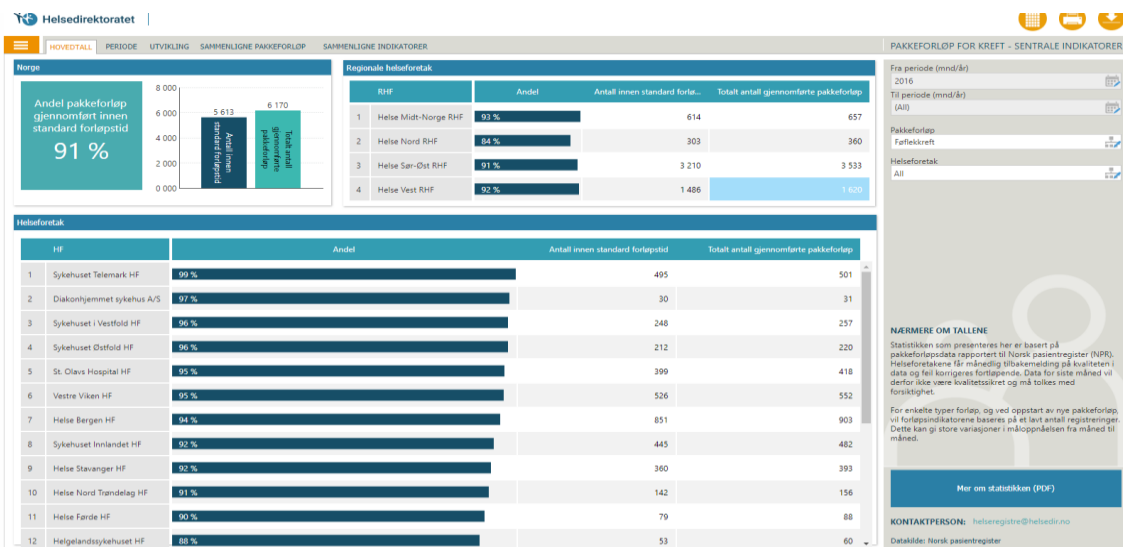
Pakkeforløp for kreft
benkreft (sarkom)
benmargskreft (myelomatose)
blærekreft
brystkreft
bukspyttkjertelkreft
eggstokkreft
føflekkreft
galleveiskreft
hjernekreft
hode- og halskreft
kreft hos barn
leukemi, akutt
leukemi, kronisk lymfatisk (KLL)
leverkreft
livmorhalskreft
livmorkreft
lungekreft
lymfekreft/lymfom
metastaser (spredning) med ukjent utgangspunkt
nevroendokrine s vulster
nyrekreft
peniskreft
prostatakreft
skjoldbruskkjertelkreft
spiserørs- og magesekkreft
testikkelkreft
tykk- og endetarmskreft
uspesifikke symptomer som kan være kreft (diagnostisk pakkeforløp)

Figur 1: oversikt over krefttypene som omfattes av pakkeforløp for kreft.

5.1.2 Rapportering

Registreringen av Pakkeforløp (10) gjøres nasjonalt og NPR(Norsk pasient register) gir ut månedlige oppdateringer for de implementerte pakkeforløpene med inkluderingsdata og forløpsdata (9)

Måloppnåelsene er at >70 % av alle nye krefttilfeller skal være inkludert i et pakkeforløp, og av disse skal >70 % ha et forløp innenfor gitte kreftspesifikke normer



Figur 2. Nasjonal oversikt pakkeforløp for fjøflekkreft 2016

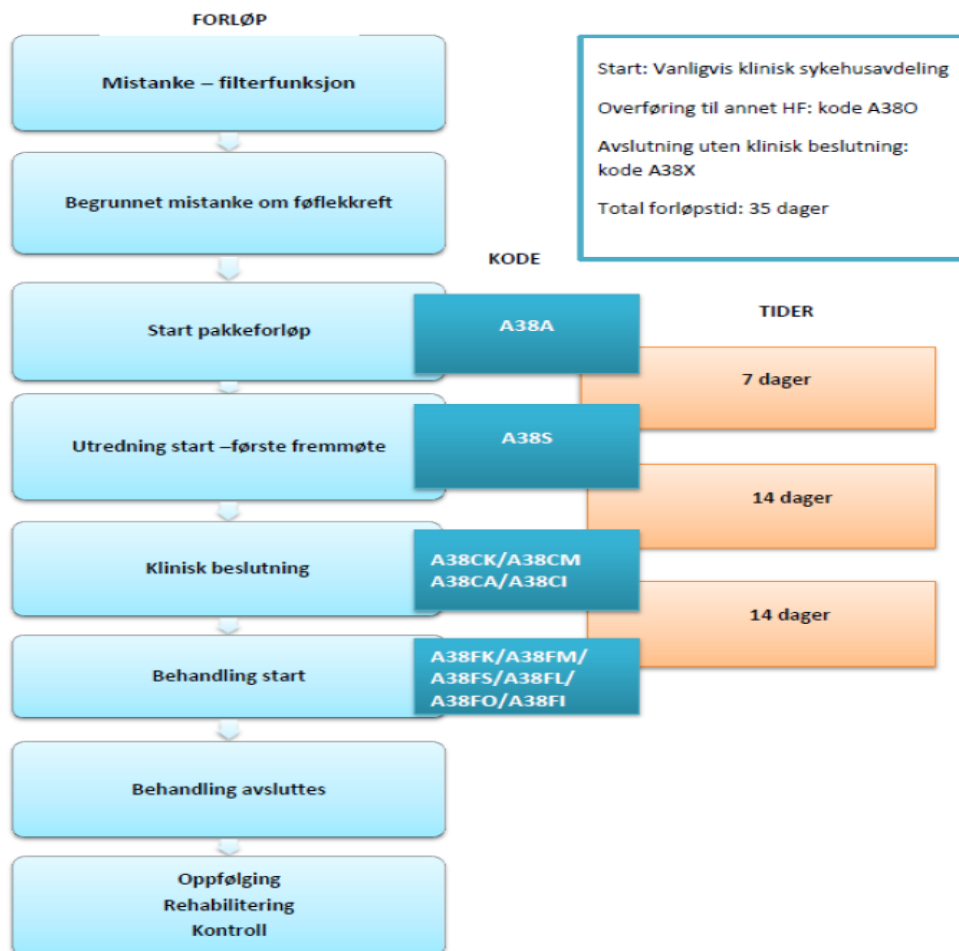
5.1.3. Tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT)

Formålet med MDT-møter er at kliniske beslutninger i pakkeforløpet blir truffet på best mulig tverrfaglig grunnlag med deltagelse av nødvendige fagprofesjoner. Dette er viktige fora i en beslutningsprosess omkring videre oppfølging av pasient.

Det er avgjørende at alle med tilstrekkelig beslutningskompetanse og myndighet er representert og møter i MDT-møtet. Forløpskoordinator skal være representert i MDT-møtene for å sikre kontinuiteten i pakkeforløpet. MDT møtets innhold og beslutninger journalføres og kode-registreres.

Det er også mulig at beslutninger kan tas utenom MDT-møtet. Også i slike tilfeller skal beslutningen journalføres og kode registreres på dato for beslutning(32).

PAKKEFORLØP FOR FØFLEKKREFT – FLYTSKJEMA



Figur 3: Flytskjema som illustrerer forløpet ved føflekkreft, inkludert forventede forløpstider. Flytskjemaet er hentet fra Helsedirektoratet sin veileder for pakkeforløp for føflekkreft som er tilgjengelig på Helsedirektoratet sine nettsider(7).

5.2 Teori

Pakkeforløp er et nytt begrep for standardiserte pasientforløp. Under følger en kort introduksjon til standardiserte pasientforløp.

Standardiserte pasientforløp beskriver pasientens vei igjennom helsevesenet og skal være retningsgivende for behandling av bestemte diagnoser og / eller tilstander. Innenfor hvert pakkeforløp angis det standard forløpstider frem mot oppstart av behandling. Forløpstidene som er angitt i veilederne for pakkeforløp omfatter altså standard tider for henvisnings- og utredningsfasen og frem til oppstart av behandling. De involverte pasientene og behandlere skal få en veiledende oversikt over behandlingsforløpet, og sikre god ressursutnyttelse og samhandling mellom aktuelle avdelinger og mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Alle pasienter opplever i midlertidig et pasientforløp, men ikke alle forløp er nødvendigvis gode forløp. «Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelser er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte..»(11) Om ikke vil forløpet oppleves som et resultat av tilfeldigheter. For å oppnå et godt forløp må man standardisere tiltakene som medfører at forløpet er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte.

Definisjon av standardisert forløp

«Et standardisert pasientforløp er en koordinert tverrfaglig behandlingsprosess med et klart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak. Forløpet skal fremme samhandling, pasientsikkerhet og – tilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater»(12,avsnitt 2.2. s.4)

5.3 Kvalitet

Pakkeforløp for kreft er ment som et kvalitetsforbedrende tiltak. Effektiv drift stiller store krav til logistikk, behandlingspraksis og prioriteringer. Bedre kommunikasjon internt i spesialisthelsetjenesten er en forutsetning. Begrep som standardiserte pasientforløp, pakkeforløp og behandlingslinjer blitt mer aktuelle. Disse begrepene innebærer at det etableres standardiserte arbeidsrutiner og behandlingsprosedyrer som gjelder både for de ansatte og for pasientene. De er laget for at pasientene skal oppleve en forutsigbarhet, motta

hurtigere behandling og oppleve en inkludering i utredningsprosessen av egen helse. Noe som representerer økt kvalitet i pasientbehandlingen.

Begrepet kvalitet kommer fra det latinske ordet *qualis* som betyr hvordan eller hvilken, dvs det er en beskrivelse av en egenskap. Kvalitet er et ikke entydig begrep, men derimot et samlet produkt av ulike elementer som vektlegges og vurderes ulikt av ståsted og egne oppfatninger. Begrepet kvalitet er i betydelig grad subjektivt og verdiladet, og de ulike kvalitetselementene kan ofte komme i konflikt med hverandre. På bakgrunn av dette er kvalitet vanskelig å vurdere å måle. Med dette som utgangspunkt defineres kvalitet på flere ulike måter. I Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995-2000 ble Norsk Standards (NS-ISO 8402) definisjon på kvalitet benyttet:

«Kvalitet er en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet»

I den siste utgave av Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) er definisjonen endret til:

«Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav. Merknad: Termen kvalitet kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket»(13, s.17-18)

Det sentrale poenget er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes. Og hva som er god kvalitet vil avhenge av sammenhengen mellom disse faktorene.

Grunntanken i kvalitetsarbeid er å leve opp til pasientenes/brukernes forventninger og rettigheter, slik at de blir fornøyde. Pasienter/brukere har ofte ikke nok faglig innsikt til å vite hvilken behandling de har krev på, eller hvilken behandling som er mest riktig for dem. Pasientrettighetsloven gir rett til informasjon og medvirkning under helsehjelpen. Helsetjenestens hovedoppgave er å gi trygg behandling og omsorg til pasienter og brukere. Det er i møtet mellom pasientens behov og helsepersonellens kompetanse grunnlaget for trygge og gode helsetjenester legges. For mottakere av alle typer helsetjenester på samtlige nivåer handler kvalitet først og fremst om et møte med helsetjenesten som gir tillit fordi helsepersonell er forberedt, er faglig dyktig og utfører tjenestene med god praksis. Samtidig er det kvalitet for pasienten å bli møtt på en ivaretakende og god måte. Helsetjenesten kan bli bedømt på grunnlag av opplevelser mennesker imellom, som på behandlingsresultatet. Kvalitet for pasienter/brukere kan oppsummert bety at(14,s.78-79):

- tjenestene er tilgjengelige når de trenger dem
- tjenestene er rettferdig fordelt
- Pasienten blir møtt med respekt og omtanke
- Pasienten får faglig god behandling
- Pasienten får medinnflytelse
- Pasienten får trygge, forutsigbare tjenester med få uønskede hendelser

5.4 Kvalitetsperspektiver

Oppgaven tar for seg kvalitetsbegrepet i flere dimensjoner eller perspektiver.

- Pasientopplevd kvalitet: I hvilken grad helsetjenesten yter det pasientene ønsker og forventer.
- Faglig kvalitet: I hvilken grad helsetjenesten er i tråd med retningslinjer for god praksis.
- Organisatorisk kvalitet/ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet: I hvilken grad ressursene forvaltes, prioriteres og anvendes effektivt.

Innenfor pasientopplevd kvalitet er tilgjengelighet en viktig faktor. Utviklingen er i retning av at pasienter møter mer forberedt og har mer informasjon tilgjengelig slik at man forstår og vet hva man kan forvente av faglig kvalitet.⁽¹⁵⁾ Dette kan medføre en større grad av forventning og krav til medvirkning. Relasjonskvalitet og tilgjengelighet er som regel noe pasienten vurderer og da med hvordan de ble møtt, ført og sett. Ventetider som er lange og unødvendig sløsing med tid til både pasient og helsepersonell kan oppleves som dårlig planlegging og kan skape mistillit og irritasjon. I denne oppgaven ser vi blant annet på tidsaspektet, og derfor ser man nytten av å diskutere de ulike kvalitetsperspektiv.

Helsefaglig kvalitet handler om kvaliteten av de helsefaglige tjenester som helsepersonale- altså leger, sykepleier, ergoterapeuter, fysioterapeuter, bioingeniører, vernepleiere, jordmødre etc. – utfører i sitt arbeid med tanke på å påvirke pasientens helsetilstand.

Dagens pasienter forventer at behandling, diagnostikk og rehabilitering er av god faglig kvalitet. Det betyr at kvaliteten samsvarer med kunnskapsbasert praksis, praksis basert på

forskningsskunnskap, erfaringskunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning.

Pasienter/brukere av helsetjenester er bevisst sin rett til et likeverdig behandlingstilbud og pasientene forutsetter at helsepersonell evaluerer kontinuerlig sin praksis i lys av gjeldende kvalitetsstandarder i tillegg til at de ulike fagmiljøene aktivt jobber med fag og metodeutvikling. Helsepersonell legger vekt på kvalitet av tjenester og har fokus og interesse i å bedre denne når det er nødvendig. (14, s82-83) Kvalitetsutvikling kan ha/være monofaglige og tverrfaglige. Et eksempel er pakkeforløp for kreft. Her er retningslinjer satt fra et faglig og politisk ståsted, implementert i det norske helsevesen med forventninger om etterlevelse. Man kjenner tidsrammene, men rekvirent og patolog har ikke i fellesskap laget prosedyrer for utførelsen, besvarelsen, informasjonen og informasjonsoverføringen. Som denne oppgaven belyser så er her en eller flere utfordringer hvor et tverrfaglig kvalitetsforbedringssamarbeid kunne gitt forbedrede resultat.

Begrepet organisatorisk kvalitet beskriver/omfatter effektiv og hensiktsmessig tilretteleggelse av helsevesenets ytelser og rasjonelle ressursutnyttelse (Mainz, 1996; Kjærgaard & Hansen, 2001).

Organisatorisk kvalitet omfatter derfor blant annet koordinasjon og kontinuitet i tilretteleggelsen av pasientforløp. Organisatorisk kvalitet fokuserer på tilretteleggelse av pasientforløp, slik at det foregår koordinert og sammenhengende for den enkelte pasient. Både i forholdet mellom pasient og helsearbeider og i forhold til det tverrfaglige og på tvers av ulike avdelingers samarbeid

Ledelsen må tilstrebe og legge til rette for en fleksibilitet i organisasjonen slik at det bli mulig å ta hensyn til at hvert menneske er unikt og trenger tilpasset pleie, omsorg og behandling.

Elisabeth Arntzen sier videre:

«Det hevdes at 70-90 prosent av forbedringsområdene i helsetjenesten er organisatoriske, mens 10-30 prosent er faglige. Det betyr at vi har flinke fag-personer i helsetjenesten. Det som må forbedres, er tilretteleggingen for den faglige utførelsen».

Interpersonell kvalitet omfatter kvaliteten i samspillet og kommunikasjonen mellom pasient og helsearbeider. Dvs. kvaliteten av de mellommenneskelige relasjoner mellom pasient og helsearbeider. Kommunikasjon har stor betydning når man ser på pasientens samlede forløp i helsevesenet. Har pasienten fått riktig og nok informasjon? er pasient involvert i egen sykdom? har pasient fått være medvirkende aktør til behandling av egen sykdom. God kommunikasjon gir pasient mulighet til å beskrive sine behov samt viten og forståelse om å ta

de rette valg. God kommunikasjon har også som formål å gi pasienten realistiske forventninger til hva helsevesenet kan levere (16,s.40)

Prioritering

Pakkeforløp for kreft er en prioritering av pasienter i et gitt pasientforløp. En prioritering som skal sikre pasienten en tett oppfølging fra henvisning til diagnostisering og behandling. Konsekvenser av en prioritering av en pasientgruppe kan være at andre pasientgrupper får forlenget sin oppfølging og behandling i helsevesenet. Prioritering, å prioritere betyr å velge noe framfor noe annet. Omsatt så kan man bare bruke tiden og pengene én gang. Hvordan man velger å bruke ressursene representerer derfor en prioritering, dette selv om vi (ofte) ikke tenker på hva vi da velger bort. Prioritering foregår alle steder og blant annet gjennom lovgivning, budsjettvedtak, og andre politiske, administrative og faglige beslutninger med ressursmessige konsekvenser. Dette gjelder ikke minst for helsearbeidere som daglig tar beslutninger i møte med pasienter. Målet bør være at alle prioriteringsvalg i helsetjenesten er gjort på en transparent og bevisst måte og at det skjer etter de kriterier samfunnet ønsker å legge til grunn. Tidligere helsedirektør Torbjørn Mork sa følgende;

«prioritering er å forsømme folk i etisk riktig rekkefølge» (Øgar, 2004)

Hva som er etisk rett rekkefølge har vært grundig drøftet i de to såkalte Lønning utvalgene (NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsevesen* og NOU 1997: 18 *Prioriteringer på ny*) (13,s.100)

Skal man se på en prioriteringsprosess som vellykket så er prosessen avhengig av en rekke elementer. Disse elementer nevnes under, men i lys av formålet og problemstillingen i oppgaven vil, enkelte av dem bli drøftet nærmere.

- Prioriteringsperspektivet
- Verdi- og rangeringsgrunnlag – prioriteringskriterier
- Alvorlighet
- Dokumentert helsemessig effekt
- Rimelig nytte-kostnad-forhold
- Operasjonalisering og gjennomføringsredskaper
- Nivå- og rollefordeling
- Solidaritet og likeverdighet

Norheim utvalget, utredet av utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013: «Åpent og rettferdig-prioriteringer i helsetjenesten». Norheim-utvalget utarbeidet flere forslag og anbefalinger til prioriteringsbeslutninger i norsk helsetjeneste. Utvalget viste til hvorfor det ofte blir uenighet om prioriteringsbeslutninger. En forklaring er at det skapes vinnere og tapere på bakgrunn av prioriteringsbeslutninger. Det kan sette stopper for behandling av enkeltpersoner som kunne hatt nytte av en gitt behandling. En annen forklaring kan være rettet mot den filosofiske fagdebatten om rettferdighet. Selv om få vil være uenige om at like tilfeller behandles likt og ulike tilfeller behandles ulikt, kan det tenkes at uenighet vil oppstå når dette prinsipp skal omsettes i konkrete kontekster.(17)

Norheim utvalget fikk i mandat å vurdere om kriteriene fra Lønning II utvalget tilfredsstillende dagens prioriteringsutfordringer. Utvalget kom fram til at dagens kriterier er gode, men mener at prioriteringsarbeidet i helsetjenesten kan styrkes av ny terminologi og oppdeling. Forslag til nye kriterier ble:

- Helsegevinstkriteriet
- Ressurskriteriet
- Helsetapskriteriet

Kriteriene må sees i sammenheng og er ment å være relevante for hele helsetjenesten. Det betyr at de er ment å danne grunnlag for prioritering i ulike beslutningssituasjoner.

Prioriteringsperspektivet

Før man treffer et valg, forutsetter det at en har kjennskap til de ulike valgalternativ og deres eventuelle konsekvenser. Økonomer benytter gjerne terminologien alternativkostnaden. Begrepet alternativkostnad beskriver hva man velger vekk eller går glipp av ved å bruke ressursene på den måten man mener er best, og da ikke på alternativet som velges bort. For eksempel, hvis legen lar pasient 1 snakke i 30 minutter om sin demente ektefelle, kan alternativkostnaden være at pasienten som har time etter pasient 1 får redusert sin konsultasjonstid med 10 minutter eller at alle pasienter opplever økt ventetid og forsinkelser resten av dagen. Dersom man vil treffe gode prioriteringsvalg må man være bevisst på alternativkostnader valgene innebærer.

En forutsetning for god prioritering er et tilstrekkelig bredt og helhetlig perspektiv. Som tidligere nevnt vil enhver prioritering eller bruk av penger ha en alternativ kostnad. Ser man dette i et nasjonalt perspektiv innebærer dette først at helsetjenesten må vurderes i forhold til andre samfunnsnyttige sektorer som for eksempel undervisning, og samferdsel.

Det samme ser vi i et folkehelseperspektiv. Der vil prioritering innebære at helsetjenesten vurderes mot andre samfunnssektorer som har helsefremmende effekt.

Verdi- og rangeringsgrunnlag -prioriteringskriteriene

For at prioritering skal lykkes er det en forutsetning at det er bred enighet om verdigrunnlag og de kriterier som skal legges til grunn for prioriteringen. Det bør sies at denne forutsetningen synes å være oppfylt i Norge på et prinsipielt og overordnet plan. Gjennom utredningsarbeid gjort av to Lønning utvalg som resulterte i den såkalte verdimeldingen for helsetjenesten (St.meld.nr.26 1999-2000 *Verdiar for den norske helsetenesta*) har helsetjenestens verdigrunnlag og prioriteringskriterier vært gjenstand for grundig drøfting. Det har i tillegg vært tverrpolitisk enighet om hovedmål for norsk helsetjeneste i en årrekke:

«En tilgjengelig, sikker og likeverdig tjeneste for alle, som setter pasienten i sentrum, er av faglig kvalitet, som er tilpasset befolkningens behov og som nytter ressursene på en effektiv måte.»

Retten til nødvendig helsehjelp ble drøftet av Stortingets sosialkomité ved behandling av pasientrettighetsloven (Innst. O. nr.91(1998-99) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter*). Komiteen bygde i stor grad på Lønning-II utvalgets innstilling.

Den nye pasientrettighetsloven slår fast at prioritering skal skje på grunnlag av sykdommens alvorlighet og forventet nytte og kostnadseffektivitet av behandlingen. Alle har rett på nødvendig helsehjelp, men det er bare dersom pasienten vil ha forventet nytte av hjelpen og at kostnadene står i forhold til tiltakets effekt. Forventet nytte av tjenesten mens det at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan/vil bedre pasientens livskvalitet eller livslengde og at uten behandling vil helsetilstanden forverres. Faglig forsvarlig virksomhet er hjemlet i lov om helsepersonell, kommunalhelsetjenesteloven og i spesialhelsetjenesteloven. Lovkravet om faglig forsvarlig virksomhet er nær koblet til nevnte problemstilling. Forsvarlighetsbegrepet spenner fra grensen behandling av ypperste kvalitet til det som er faglig uforsvarlig. Kjernen i begrepet beskriver det vi kan kalle god praksis.

Definisjonen av faglig forsvarlighet og god praksis bør i stor grad være sammenfallende med hva som anses å være nyttig og kostnadseffektiv pasientbehandling. (13,s.101-103)

Prioritering i daglig arbeid

I sitt daglige virke må helsepersonell foreta diagnostiske, behandlingsmessige og somatiske beslutninger i sin kontakt med enkeltpasienter. Hvordan helsepersonell utfører sine oppgaver og disponerer sin tid på ulike type oppgaver og pasienter gir samlet store prioriteringsutfordringer og effekter av disse prioriteringene. Det er ikke sikkert at helsepersonell har et tilstrekkelig bevisst forhold til. Det er en ledelsesoppgave å gjøre helsepersonell mer bevisst på den prioriteringsrollen de har i sitt daglige arbeid, og at denne prioritering kan gjøres til gjenstand for åpne drøftinger og eventuell endring av atferd.(18) Dette arbeid bør gå inn som et ledd i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet.

Forbedring

Den kontinuerlige utviklingen stiller store krav til faglig oppdatering, både for ledelse og helsepersonell, og det stiller i større og stadig økende grad krav til endringsvilje, både blant ledelse og helsepersonell forøvrig. Kontinuerlig forbedring av kvaliteten på helsetjenestene innebærer at man må jobbe for å sikre kontinuerlig utvikling og forbedring av prosessene som medvirker i å løse organisasjonens kjerneoppgaver. Utvikling av kvalitet bør bygge på kontinuerlig og systematisk forbedring og med et brukerperspektiv/brukerfokus, prosessorientering og involvering av medarbeidere og ledere.

«Every system is perfectly designed to get the result it gets» (Berwick 1996)

D. Berwicks sitat sier at dersom vi har et ønske om å forbedre eller endre resultatene, må vi gjøre endringer i hele eller deler av systemet. Altså å endre aktivitetene og sette sammen arbeidsprosessene på en ny måte. Det finnes mange ulike modeller for systematisk forbedring, men de fleste forholder seg til prinsippene og den grunnleggende logikken som er uttrykt i Demings sirkel. Dr. W. Edwards Deming var statistiker og en av våre tidligste «kvalitetsguruer» (Øgar & Hovland; 2010).

The PDSA Cycle for Improvement(19)

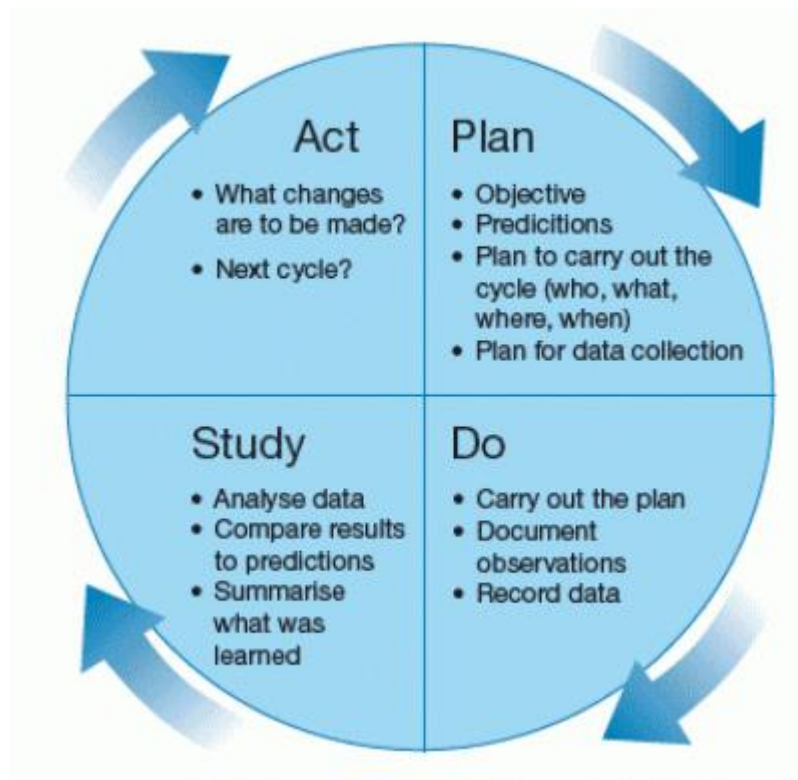


Fig.xx

Figur 4: PDSA syklusen for kontinuerlig forbedringsarbeid, introdusert for første gang av Deming i 1950 og et mye brukt verktøy innenfor praktisk forbedringsarbeid.

Kvalitetsforbedring: "Implementation of valuable new and existing insight and procedures so that they (health professionals) can contribute to optimal patient care"

(Grol et al 2005)

6. Oppgavedesign og metode

I denne oppgave er det benyttet et «case study» design da dette er egnet for å studere et avgrenset fenomen i både i dybde og kompleksitet. En kasus-studie er en studie av én enhet. Dette blir også omtalt som eksempel-studie. En kasus studie er en av flere strategier for å gjøre samfunnsforskning. Andre typer undersøkelser kan da være eksperimenter, surveys, og historisk informasjonsstudier. Alle nevnte undersøkelser har sine fordeler og ulemper sett i lys av tre ulike forhold. (a) Type forskningsspørsmål, (b) kontrollen forskeren har over atferdsmessige hendelser, (c) fokuset på den aktuelle motsetning til det historiske fenomenet i

kasuset. Generelt er kasus studier er den foretrukne strategi når hvordan og hvorfor spørsmål stilles, når forsker har liten eller ingen kontroll over hendelser og når fokus er på nåtidens fenomen i en dagligdags kontekst(20). Enheten i case study er Avdeling for patologi og fokuset vil være på prioritering av pakkeforløpsprøver kontra ikke pakkeforløpsprøver i det diagnostiske arbeidet. (Se avsnitt 6.3 Utvalg av prøver). Diagnostisering av vevsprøver følger nasjonale retningslinjer ved landets patologiavdelinger. De ulike avdelingene vil stå ovenfor lignede prioriteringsutfordring ved pakkeforløpsprøver og prøver som ikke omfattes av pakkeforløp. Som en del av å standardisere pakkeforløp benyttes forløpstider. Forløpstider kan kobles opp mot tid og nye måter å organisere behandling av pasient og kan prioriteres til fordel for mer ressurser, nye medisiner og ny teknologi. Ved innføring av pakkeforløp for kreft skulle det ikke tilføres mer ressurser. Ved å innføre de standardiserte forløp, kan myndighetene skape en form for stabilitet og orden som krever at de ulike aktører innordner seg.(2)

De diagnostiske forløpstidene i denne oppgaven måles i median svartid. Median i statistisk sammenheng er et sentralitetsmål som defineres som verdien til tallet som deler et utvalg i to deler slik at hver del har like mange elementer, dermed er median forløpstid vurdert til å være en egnet måte å måle forløpstid på i denne oppgaven. Målet sier noe om hvor rask gjennomstrømningen av pasientprøvene er igjennom avdelingen, og kan dermed betraktes som et mål på samlet effektivitet. Her er det rom for å presentere forløpstider på følgende to måter:

- Median forløpstid i virkedager
- Median svartid i kalenderdager

Begge mål vil ha sin verdi på ulike, men likevel viktige områder. Mål 1. vil kunne si noe om avdelingens samlede effektivitet og kunne gi et svar på om prosesskvalitet er god eller dårlig, men Mål 2. vil kunne si noe om etterlevelse av forventede diagnostikktider for rekvirent og pasient.

6.2 Metode

Med problemstilling som utgangspunkt har jeg valgt å benytte meg av en kvantitativ og en kvalitativ metode. Ved å kombinere disse to perspektiv trianguleres resultatene for å kunne avdekke de svakheter hver av perspektivene har. Peger resultatene i samme retning så indikerer det høy validitet i forskningsresultatene(21).

Metodene som er valgt er vurdert til å være best egnet for å få belyst aktuell problemstilling.

6.2.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode kan belyse svartider for diagnostikk før og etter innføring av pakkeforløp. Jeg benytter meg av data som belyser svartider for diagnostikk før og etter innføring av pakkeforløp.

Samtlige pasientprøver som ankommer Avdeling for patologi for diagnostisering registreres i avdelingens laboratorieinformasjonssystem (LIS). Dette er et elektronisk system som inneholder blant annet inn- og ut registreringer ved hver arbeidsstasjon og som dermed sikrer sporbarheten til pasientprøven. Dataene som hentes ut er dermed reproduserbare data. Pasientprøver blir avidentifisert ved at de får et biopsinumner ved innregistrering i LIS. Biopsinumner er kun for internt bruk. I denne undersøkelsen vil det ikke være nødvendig å ta ut biopsinumner og dermed unngår man å identifisere pasienter(23-25).

6.2.2 Kvalitativ metode

Den kvalitative metode består av intervju av aktuelle rekvirenter som sender prøver av aktuell type til diagnostisering.

Ved bruk av dybdeintervju vil man få studert meninger, holdninger og erfaringer som informantene opplever. Dybdeintervjuet som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv, hvor forskeren ønsker å forstå informantens opplevelser(22,s.105) I situasjoner hvor man vet for lite om fenomenet eller har vanskelig tilgang til et stort antall informanter er det hensiktsmessig å bruke dybdeintervjuer.

Det ble gjennomført intervju på 4 rekvirenter fra aktuell prøvetypekategori. Videre ble det gjennomført intervju av 4 patologer som besvarer aktuell prøvetype. Intervjuene ble holdt i et egnet lokale som er sentralt i forhold til informantens arbeidssted. Disse lokaler besto i rekvirentenes eget kontor/arbeidssted. Dette lokalet ble valgt med bakgrunn i å forenkle organisering av intervju i hverdagen til rekvirent samt at rekvirent ville kanskje føle en mer trygghet til kjente omgivelser under intervjuet. Patologene fikk selv velge hvor de ville la seg intervju, og de som valgte intervjuers kontor som arena var bestemt på dette selv. Intervjuene ble tatt opp på digital lydfil og transkribert i etterkant. I forberedelsene til intervjuene hadde jeg utarbeidet en intervjuguide. Spørsmålene i intervjuguiden er formulert så åpne som mulig for å få fram frie meninger, refleksjoner og ytringer hos intervjuobjektene. Intervjuene ble transkribert til tekstfil fra lydfil. Identiteten til intervjuobjektene er anonymisert slik at man ikke kan ledes tilbake til intervjuobjekt. Deretter ble det utført en koding av tekstdokumentene og en tekstanalyse.

6.3 Utvalg av vevsprøver

Av det totale datamateriale for 2014 på 45550 pasientprøver utgjør utvalget i studien 2727 pasientprøver (6 %). Likeledes av det totale datamateriale for 2016 på 56276 pasientprøver utgjør utvalget i studien 2301 pasientprøver (5 %). Samlet datamateriale for utvalget i studien utgjør 5028 pasientprøver.

Utvalget er hudprøver med undergrupper. Herunder malignt melanom, basalcelle karsinom og vanlige nævus. Føflekkreft ble omfattet av pakkeforløp 1. september 2015. Videre vil jeg sammenlikne prøvetyper som ikke er omfattet av pakkeforløp for å se på om de får endringer i svartider som følge av innføring av pakkeforløp. Da har jeg valgt ut basalcelle karsinom og nævus prøver. Dette er også hudprøver som sendes til avdeling for patologi fra de samme rekvirenter. Det er hentet kvantitative/statistiske data fra år 2014 og år 2016 da intervensjonsåret var år 2015. Man vil se på svartider fra tidsperioder før og etter intervensjon for å se om der er endringer i svartider på de enkelte prøvetyper. Antall prøver i utvalget vil være av en slik mengde at resultatet vil være representativt. Resultatene fra denne kvantitative undersøkelse vil kunne sees på parallelt med rekvirenters og patologers opplevelse av resultat etter intervensjon.

År	Tot antal prøver	Utvalg tot	% av total prøvemengde		Ant. Prøver/utvalg i denne studie
2014	45550	2727	5.99%	≈6%	5028
2016	46276	2301	4.97%	≈5%	

Tabell 1. Datagrunnlag. Antall pasientprøver i % som utgjorde utvalg i studien.

6.4 Statistiske analyser

Data fra laboratorieinformasjonssystemet ble overført til Excel 2010 hvor dataene ble forbehandlet og strukturert. Deretter ble dataene overført til SPSS. (IBM Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versjon 24.0.0.1). Det ble gjort en kvalitetskontroll av dataene og resultatet av analysene underveis i beregningene. Dataene er rundet av til nærmeste hele tall ved presentasjon av data i %. Dette er vurdert til å ha liten betydning på resultatet da maksimal opprundning er på 0,03 %. Mann-Whitney test ble kjørt for å se om det er en signifikant endring på svartider. Mann-Whitney er en ikke parameters test som brukes til å sammenlikne to populasjons mean-verdier som kommer fra same utvalg.(26)

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_2 (n_2 + 1)}{2} - \sum_{i=r_1+1}^{n_2} R_i$$

Figur 5. Calculation of the Mann-Whitney U

Where:

U=Mann-Whitney U test

N₁ = sample size one

N₂= Sample size two

R_i = Rank of the sample size

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test er brukt for å bekrefte at man har to ikke normalt fordelte utvalg. (27)

6.5 Databehandling/ analyseform

Innhenting av data ved dybdeintervju ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide og diktafon. Intervjuguiden er utarbeidet på forhånd og har spørsmål som er vurdert til å være knyttet til opplevet kvalitet i diagnostisering av pakkeforløpsprøver. Intervjuene er gjennomført for å få kunnskap om rekvirenters erfaringer rundt/med pakkeforløp for kreft, samt patologers vurderinger av prioriteringer av ulike prøvetyper.

Lyddopptakene ble etter intervju transkribert.

Tekstanalyse/innholdsanalysen vil i første omgang være for å skape oversikt over rådata og tematisere teksten. Deretter vil tekstanalyse/innholdsanalysen i andre omgang være for benyttet for å knytte temaene opp mot spørsmål i intervjuene samt forskningsspørsmål.

7. Forskningsetiske vurderinger

7.1 Forskning på egen arbeidsplass

En stor del av denne masteroppgaven tar utgangspunkt i egen arbeidsplass. Som seksjonsleder for biopsiseksjonen, hvor aktuelle prøver har sitt pre-analytiske forløp, har jeg måttet være bevisst min rolle under intervjuene. Det ble også presisert fra min side at jeg var å betrakte som en student i denne sammenheng. Jeg utformet spørsmålene til intervjuene så åpne som mulig for ikke å farge besvarelsene.

7.2 Personvern og forskningsetikk.

Det foreligger godkjenning fra personvernombudet ved Haukeland sykehus for uthenting og behandling av nødvendige data brukt i denne oppgaven. Oppgaven ble av regional etisk komite vurdert til å være et kvalitetsforbedringsprosjekt og at søknad til REK dermed ikke var nødvendig. Dataene som er brukt i oppgaven omfatter ikke pasientopplysninger, kun forløpstider og diagnostiske svartider.

8. Resultat

8.1 Kvantitative funn

Kvantitative data er samlet inn fra Avdeling for patologi sine laboratorieinformasjonssystem. Kategorisering: Føflekkreft er en prøvetype som har fått sin diagnose (malignt melanom) i ettertid, dvs. at patolog har stilt diagnosen og lagt til laboratorieinformasjonssystemet. Prøvene ankommer Avdeling for patologi uten å være kategorisert som f.eks. malignt melanom, basalcelle karsinom eller nævus. Ved mistanke om føflekkreft merkes prøvene med CITO eller pakkeforløp.

Føflekkreft (Malignt melanom).

Ved mistanke om føflekkreft i tiden før intervensjon har prøvetypen som regel blitt merket CITO, dvs. at prøven da har blitt prioritert ved Avdeling for patologi. Etter intervensjon er denne prøvetype omfattet av Pakkeforløp og dermed fortsatt prioritert. Som nevnt over vet man ikke om det er føflekkreft før diagnosen er satt og dermed er ikke nødvendigvis merket som CITO eller pakkeforløp, men ofte er det indikasjoner som peker i retning av denne diagnose og rekvirent melder prøven som CITO eller pakkeforløp.

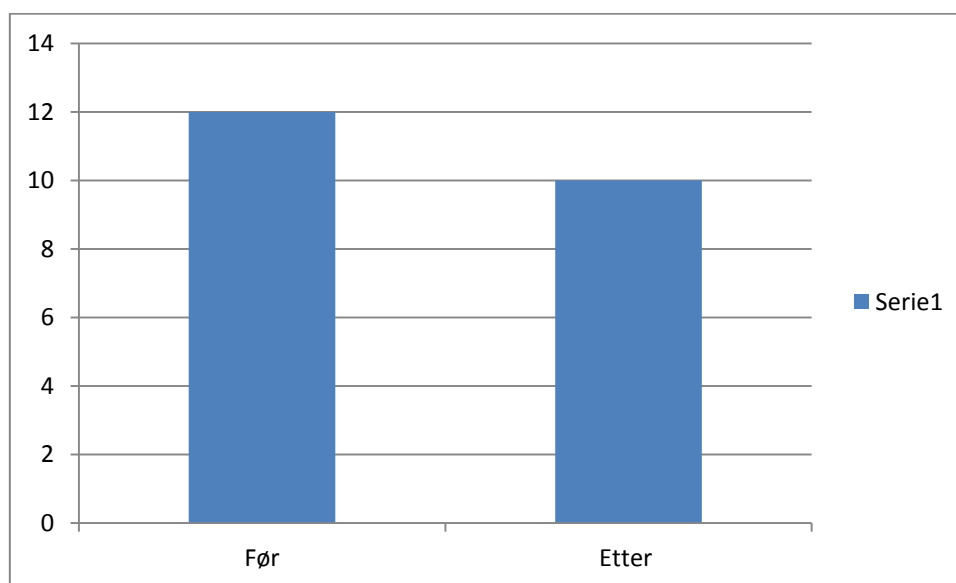


Fig. 6

Figur 6 viser median svartid i virkedager 2014 (før innføring av pakkeforløp) og 2016 (etter innføring av pakkeforløp). Pakkeforløp for kreft ble innført i 2015.

Svartidene viser en reduksjon i svartid fra 12 til 10 dager i svartid. Med 12 dager median svartid i 2014 og med 10 dager svartid i 2016. Dette er en forbedring av svartider på 2 dager.

Mann-Whitney test er brukt for å se om det er en signifikant endring på svartider. En Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test er brukt for å bekrefte at man har to ikke normalt fordelte utvalg.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

P-verdi på 0,043 bekrefter at det ikke er normalfordelt utvalg

Mann-Whitney Test

	Ranks			
	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Utvalg	2014	242	222,90	53941,50
	2016	184	201,14	37009,50
	Total	426		

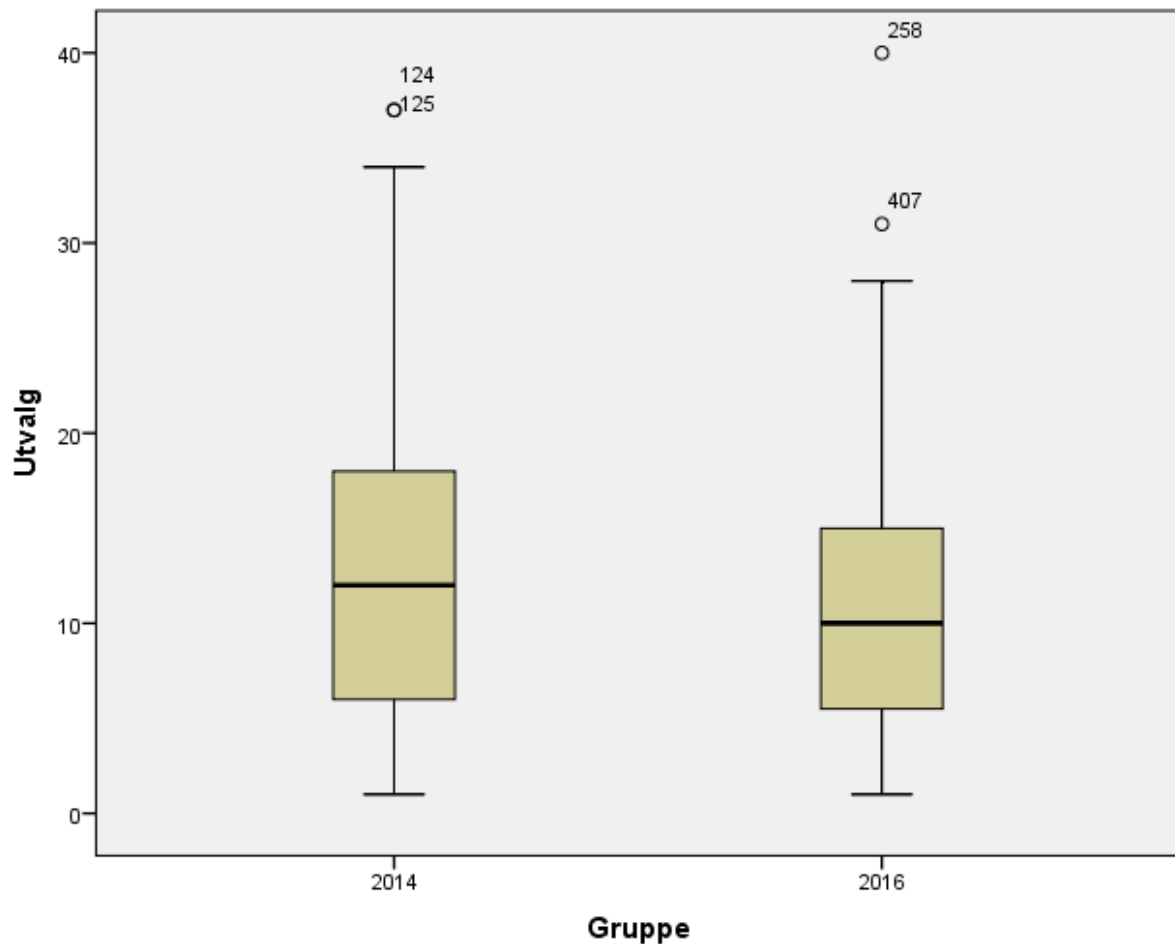
Test Statistics

	Utvalg
Mann-Whitney U	19989,500
Wilcoxon W	37009,500
Z	-1,809
Asymp. Sig. (2-tailed)	,070

Tabell 2. Mann-Whitney test og statistikk med p-verdi for fjøflekkreft.

P-verdi viser her 0,070 hvilket indikerer et ikke signifikant resultat. Det var ingen "manglende verdier" i noen av testene.

Utvalg



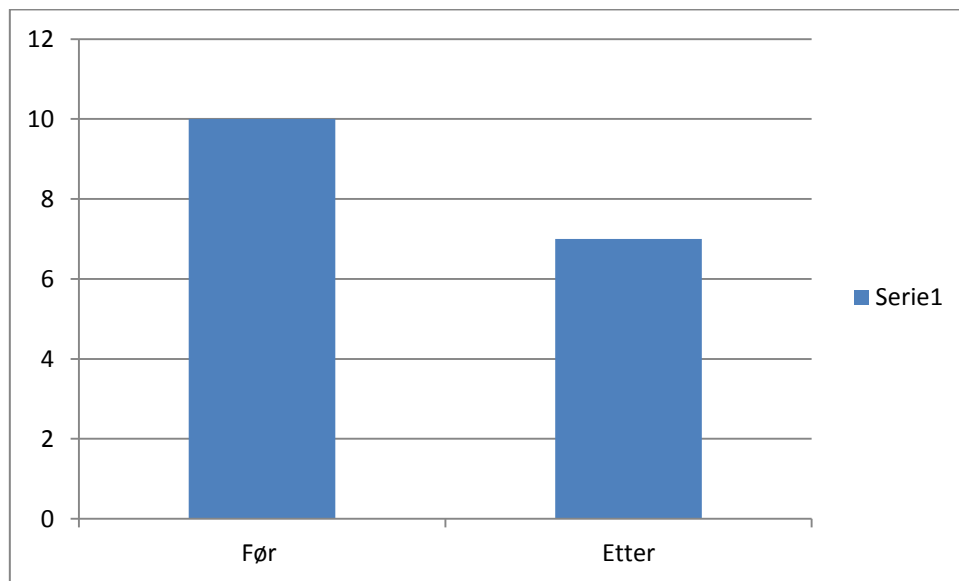
Figur 7. Bloxplott-resultat føflekkreft før og etter innføring av pakkeforløp

Figur 7 viser Boxplott-resultat av statistisk analyse over utvalg. Median svartid er henholdsvis 12 og 10 dager, kvartilene er jevnt fordelt på begge sider av medianen og man kan se «slengere» som ligger utenfor 90 % av utvalget. Dette er prøvesvar som har lang svartid.

Viser med dette datagrunnlag og statistiske analyseresultat at man har etter innføring av pakkeforløp for kreft har fått redusert svartider på prøvetype malignt melanom med to dager i median svartid. Siden det ikke er et signifikant resultat (0,05 grenseverdi) kan man ikke utelukke at det kan skyldes tilfeldigheter. Man kan ikke forkaste dette resultat på bakgrunn av at det ikke er et signifikant statistisk resultat. Dette resultat viser til en forkortet svartid for føflekkreft prøver etter intervensjon og som underbygger et kvalitetsløft for rekvirenter og pasienter. Oppstart av behandling av pasient kan som følge av dette resultat starte tidligere.

Basalcelle karsinom

Basalcelle karsinom er en diagnose på prøver som ikke omfattes av pakkeforløp for føflekkreft. Før intervensjon som regel ikke har vært meldt inn som CITO og dermed ikke fått en prioritering utover ordinær prøveflyt ved Avdeling for patologi. Etter intervensjon har prøvetypen heller ikke noen prioritering.



Figur 8. Median svartid før og etter innføring av pakkeforløp. Basalcelle karsinom

Figur 8 viser median svartid 2014 (før innføring av pakkeforløp) og 2016 (etter innføring av pakkeforløp)

Svartidene viser en reduksjon i svartid fra 10 til 7 dager i svartid. Dette er en forbedring av diagnostisk svartid med 3 dager.

For å se om det er en signifikant endring på svartider har jeg valgt å kjøre Mann-Whitney test. En Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test er brukt for å bekrefte at jeg har to ikke normalt fordelte utvalg.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

P-verdi på 0,043 bekrefter at det ikke er normalfordelt utvalg

Ved et ikke normalfordelt utvalg har jeg valgt å benytte meg av Mann-Whitney U test

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Utvalg	2014	1994	1897,14	3782903,00
	2016	1397	1408,90	1968233,00
	Total	3391		

Test Statistics

	Utvalg
Mann-Whitney U	991730,000
Wilcoxon W	1968233,000
Z	-14,314
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

Tabell 3. Mann-Whitney test og statistikk med p-verdi for basalcelle karsinom

P-verdi viser her 0,000 hvilket indikerer et signifikant resultat. Det var ingen "manglende verdier" i noen av testene.

Utvalg

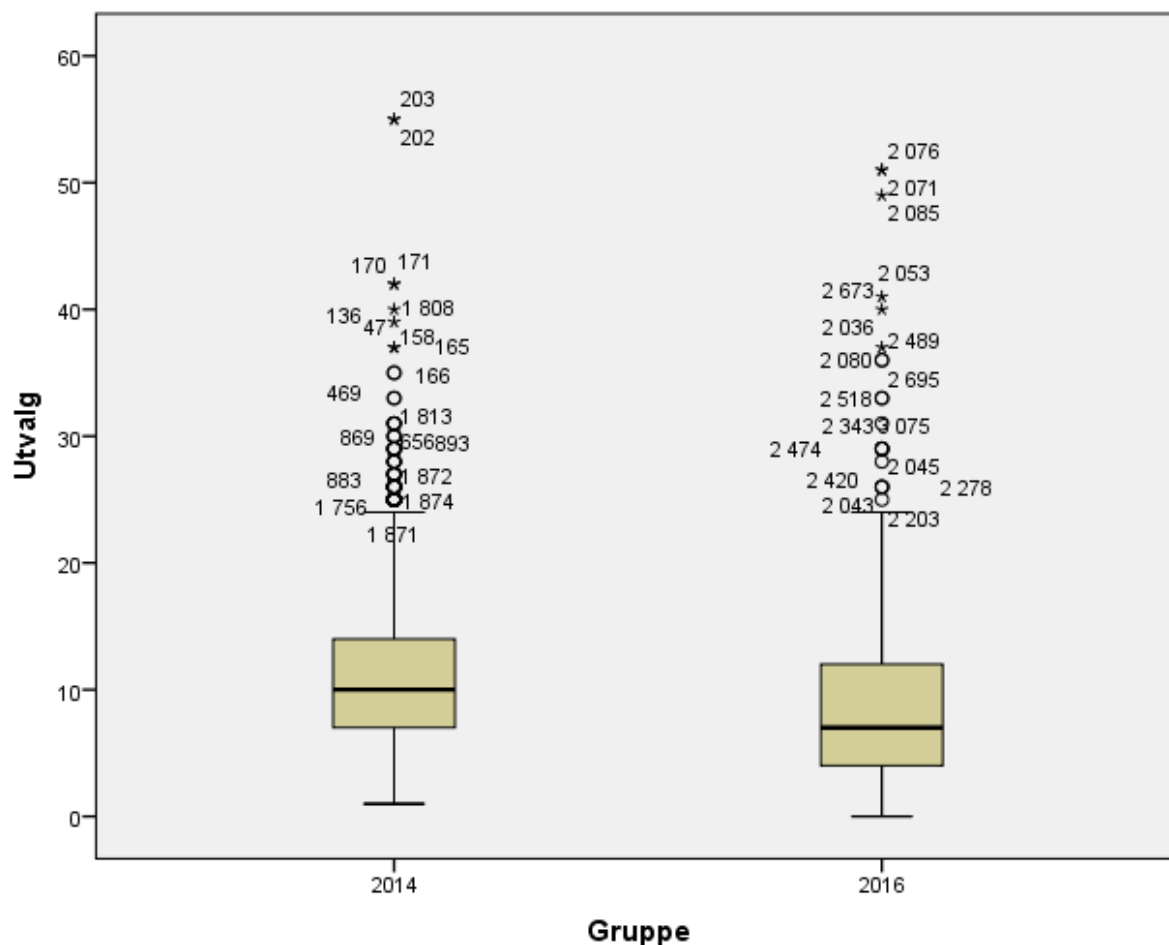


Fig. 9. Bloxplott-resultat basalcelle karsinom prøver før og etter innføring av pakkeforløp

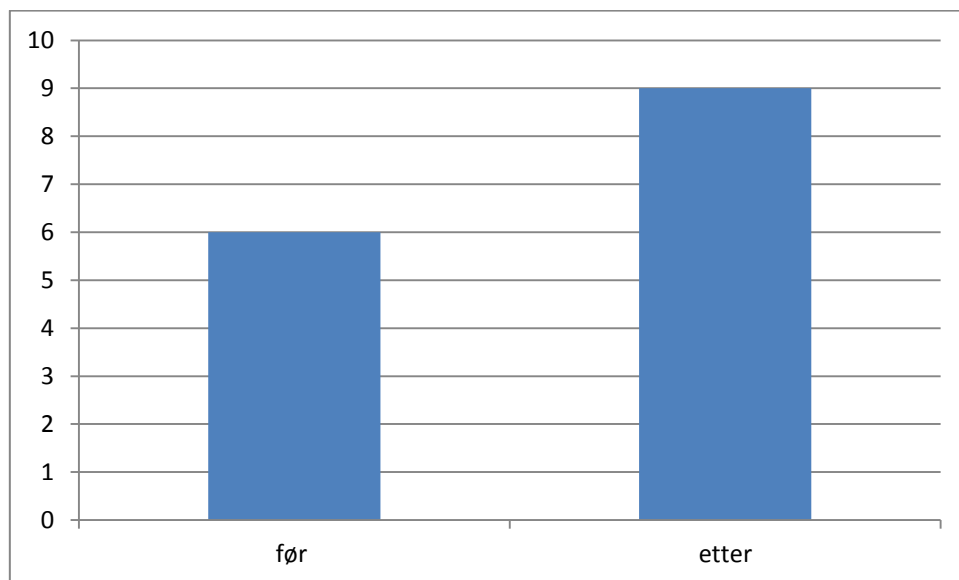
Figur 9 viser Boxplott-resultat av statistisk analyse over utvalg. Median svartid er henholdsvis 10 og 7 dager. Datamengden, antall prøver ved denne prøvetype er stor. Man kan her se en større spredning og man kan se flere «slengere» som ligger utenfor 90% av utvalget. Dette er prøvesvar som har mer enn 25 dagers svartid

Jeg kan med dette datagrunnlag og statistiske analyseresultat konkludere med at man har etter innføring av pakkeforløp fått redusert svartid på prøvetype basalcelle karsinom med tre dager i median svartid. Dette kan oppleves som et kvalitetsløft for pasient og rekvirent som får et tidligere svar på prøve. Om rekvirent mottar et tidligere prøvesvar har for denne prøvetype har ikke nødvendigvis så mye å si for behandling eller sykdomsprognose, men fra pasientens ståsted vil oppleves som positivt. Man kan også se på kortere svartid som forbedret

organisatorisk kvalitet. Med tanke på at nevnte prøvetype ikke er i et prioritert prøveforløp er det interessant å se at den diagnostiske svartid er forbedret med 3 dager. Organisatorisk kvalitet omfatter blant annet koordinasjon og kontinuitet i tilretteleggelsen av pasientforløp.

Nævus

Nævus er en prøvetype som før intervensjon som regel ikke har vært meldt inn som CITO og dermed ikke fått en prioritering utover ordinær prøveflyt ved Avdeling for patologi. Etter intervensjon har prøvetypen heller ikke noen prioritering. Unntaksvis hender det at prøvetypen er meldt som CITO. Dette har skjedd både før og etter intervensjon og derfor har jeg valgt å ta med CITO merkede prøver i utvalget.



Figur 10. Svartid Nævus prøver før og etter innføring av pakkeforløp

Figur 10 viser median svartid 2014 (før intervensjon) og 2016 (etter intervensjon). Svartidene viser en økning i svartid fra 6 til 9 dager i svartid.

For å se om det er en signifikant endring på svartider har jeg valgt å kjøre Mann-Whitney test. En Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test er brukt for å bekrefte at jeg har to ikke normalt fordelte utvalg.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

P-verdi på 0,000 bekrefter at det ikke er normalfordelt utvalg. Ved et ikke normalfordelt utvalg har jeg valgt å benytte meg av Mann-Whitney U test.

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Utvalg	0	491	564,94	277383,50
	1	720	634,00	456482,50
	Total	1211		

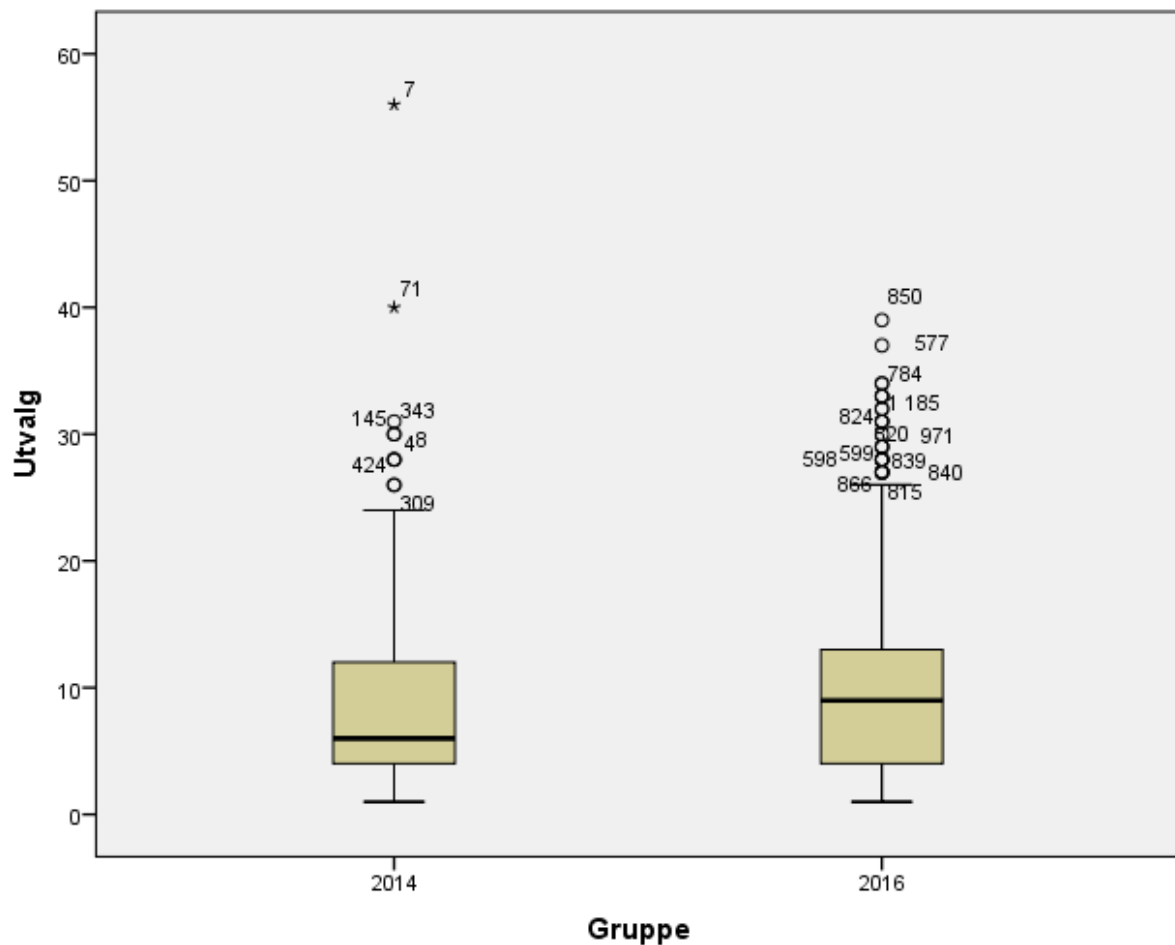
Test Statistics

	Utvalg
Mann-Whitney U	156597,500
Wilcoxon W	277383,500
Z	-3,380
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

Tabell 4. Mann-Whitney test og statistikk med p-verdi for nævus prøver

P-verdi viser her 0,001 hvilket indikerer et signifikant resultat. Det var ingen "manglende verdier" i noen av testene.

Utvalg



Figur 11. Bloxplott-resultat nævus prøver før og etter innføring av pakkeforløp

Figur 11 viser Boxplott-resultat av statistisk analyse over utvalg. Median svartid er henholdsvis 6 og 9 dager. Datamengden, antall prøver ved denne prøvetype er stor. Jeg kan her se en større spredning og man kan se flere «slengere» som ligger utenfor 90% av utvalget. Dette er prøvesvar som har 25 dager eller mer i svartidlang svartid.

Kan med dette datagrunnlag og statistiske analyseresultat konkludere med at man har etter intervensjon fått forlenget svartider på prøvetype Nævus med tre dager i median svartid. Et senere prøvesvar har for denne prøvetype har ikke nødvendigvis så mye å innvirke for behandling eller sykdomsprognose, men kan fra pasientens ståsted vil oppleves som negativt. Dette kan også sees på som forverret organisatorisk kvalitet. Med tanke på at nevnte prøvetype ikke er i et prioritert prøveforløp er det interessant å se at den diagnostiske svartid er øket med 3 dager. Er dette resultat som følger av prioritering av andre prøvetyper? Det er mulig at dette er en god nok svartid for følgende prøvetype og det er riktig å prioritere andre

prøvetyper, men det er viktig å ta høyde for pasientens forventning og pasientens ivaretagelse ved lengre svartider.

8.2 Kvalitative funn

8.2.1 Rekvirenter

Resultatene her bygger på svar på forskningsspørsmål og underspørsmål. Svarene gir en forståelse av hva som er gjort, oppnådd, og betraktning av hva som kan lede til en bedre kvalitet i fra en rekvirents perspektiv.

Opplevelse av forbedret svartid.

I besvarelsen av spørsmål om opplevet forbedret svartid trekker informantene fram at det er vanskelig å sammenlikne nå og før intervensjonen. Dette på grunn av før var det CITO, 20-dager og ordinære prøveforløp, mens etter intervensjonen er det CITO, pakkeforløp og ordinære prøveforløp. Det informeres om at det er en generell usikkerhet omkring merking av prøver til de ulike forløp. Dette er usikkerhet som begrunnes med; «når skal man benytte CITO merking,» «skal man kombinere CITO og pakkeforløp for å få hurtigere diagnostisk svar?» Tilbakemeldingene er like når det kommer til å være fornøyde med svartider på CITO prøver, men at det ikke kan sies å være store forbedringer på andre prøveforløp. Ingen av informantene kan bekrefte at de opplever særlig forbedrede svartider på pakkeforløpsprøver. Her viser man til antakelser om at det jevnt over går fortere med å få diagnostiske svar på prøver generelt, men kan ikke bekrefte at dette er signifikant for pakkeforløpsprøver. Det er uklare forventninger til de ulike prioriteringsforløp. Hva innebærer CITO svartider og når skal denne prioritering brukes. Det andre er hva kan man forvente av svartider for pakkeforløpsprøver. Dette er to ulike forløp med ulik prioritering lokalt ved Avdeling for patologi og de vil ikke gi samme responstid eller besvarelsestid.

Opplevelse av forutsigbarhet

I spørsmålet opplevelse av forutsigbarhet er tilbakemeldinger fra informanter at det er en opplevelse av forutsigbarhet, men også at det er en viss usikkerhet forbundet med å stole helt på at svartider blir overholdt. En av informantene viser til at man som rekvirent legger til litt

tid(dager) i planlegging av oppfølgingsmøte med pasient. Dette som følge av at rekvirent ikke stoler på at svartider blir overholdt.

Informantene forteller at det er en forbedret forutsigbarhet, men det er fortsatt «slengere». Med «slengere» menes prøver som innimellom har en langt lenger besvarelestid enn andre tilsvarende prøver. Det kommer også fram at det savnes en dialog omkring prøvens status, hvor er prøven i forløpet, er det en benign diagnose eller stå man ovenfor en malignitet i prøven. Informantene etterspør mulighet for en tentativ diagnose som kan formidles til rekvirent slik at man kan tidligere starte videre planlegging for pasient. Dette er et savn, et udekket behov som sett fra rekvirenters perspektiv ville vært et løft og som ville bidratt til en større forutsigbarhet.

Her ser man en form for kommunikasjonssvikt eller mangel på dialog om forventninger i form av hva man ønsker og hva som er viktig for rekvirent. Fra et annet perspektiv så forventer man kanskje mer enn hva som kan leveres av svartid/underveis-informasjon.

Kan du beskrive: Hva er kvalitet for deg som rekvirent av prøver?

I besvarelsen på spørsmål om beskrivelse av kvalitet for deg som rekvirent er informantene ganske enige og samkjørte i hva de legger til grunn for hva som er kvalitet.

Tid er en viktig kvalitetsfaktor. Kvalitet i besvarelsen (faglig innhold og utførelse) og kvalitet sett i lys av tid. Rett svar til rett tid. Dialog og tilbakemelding til pasient er kvalitet for pasient. Den personlige kommunikasjon har stor betydning når man ser på pasienters samlede forløp i helsevesenet(28).

Det oppleves som dårlig kvalitet at det er mangelfull standardisering i besvarelsene. Disse besvarelser er ofte mangelfull og språk i besvarelsen er vanskelig for spesielt de yngre leger å forstå innholdet av. Videre er det ikke alltid samsvar mellom nummerering fra rekvirent til lab /patolog. Dette bidrar ikke til en positiv kvalitetsfølelse, og det er ikke kvalitet i å ordne opp i nummereringen i ettertid. En informant trekker fra at bilder i besvarelsen sees på som et kvalitetsløft

«Det er kommet mye mer bilder inn og det er kjempebra når det er bilder fra patologiavdelingen. På noen store preparat er det kjempevanskelig å orientere seg både for de som tar ut snitt og for oss som skal se hvor snittene er tatt ut. Når det er tatt 60 snitt eller der omkring, så er et bilde med tydelig markering gull verdt».

En annen informant poengterer at det hjelper ikke om svaret kommer hurtig og det er med mangler.

«At man får et svar som er godt i den forstand at det er faglig adekvat og fullstendig, men den andre dimensjonen er jo tidsperspektivet. Tidsperspektivet er jo viktig hvis man mistenker alvorlig sykdom, her er det jo snakk om malignt melanom da. Det er på en måte to dimensjoner, både innhold og tid slik jeg ser det».

Det blir også i dette spørsmål som ved forrige spørsmål i undersøkelsen rettet fokus på noe som kan øke opplevet kvalitet for rekvirent. Tid er en kvalitetsfaktor. Kanskje den viktigste og da men stor tanke på pasient. Noe som kan øke kvalitet er en tilbakemelding når man finner malignt melanom og ønsker tilleggsundersøkelser før patologisvar gis, slik at rekvirent kan bestille tid hos plastikk kir og pasient kan få informasjon underveis. En informant sier det på følgende måte:

«Ja, i hvert fall for enkelte pasientforløp så kunne det absolutt det. Ikke bare kvalitet for meg, men for pasienten. Altså ivaretagelse av pasienten, for i noen tilfeller så kan egentlig man da på en måte henviser videre til plastikkirurgen, man trenger gjerne ikke alle under-undersøkelsene faktisk, det opplever jeg ikke alltid patologene forstår helt. Det hadde vært ønskelig, mitt inntrykk er at der har vi ikke helt patologene med oss, den forståelsen av betydningen for oss med en foreløpig tilbakemelding».

Midlertidige tilbakemeldinger er savnet. Dette er et stort behov, og vil øke opplevelsen av kvalitet.

Opplevelse av innføring av pakkeforløp

På spørsmål om opplevelse av innføring av pakkeforløp for kreft meddeler informantene om at innføringen har vært preget av usikkerhet, uklarheter og en ikke god informasjon. Det var en større usikkerhet i starten, men dette gikk seg til etter hvert som man fikk erfaring med de nye rutineene. Det ble lettere å se utførelsen og måten forløpene skulle gå etter at man hadde prøvd seg fram med de første prøver som kom. Dette kan tyde på at det ikke er en helt klar

forståelse av hvordan dette skal utføres for alle. Bruken av merking CITO og pakkeforløp ble praktisert ulikt av ulike leger på bakgrunn av manglende informasjon. En informant forteller:

«Jeg følte for egen del at det gikk bra, men jeg tror at det kanskje kunne blitt kommunisert enda bedre, for jeg vet at det visstnok praktiseres litt ulikt av ulike leger her, så det jo ikke vært helt tydelig da».

Det ble opprettet en ny forløpskoordinator funksjon. En forløpskoordinator er f.eks. en sekretær eller sykepleier som sørger for at det er kodet riktig og riktig utført. Dette har vist seg å være en viktig og svært nyttig person i pakkeforløpet.

8.2.2 Patologer

Resultatene her bygger på svar på forskningsspørsmål og underspørsmål. Svarene gir en forståelse av hva som er gjort, oppnådd, og betraktning av hva som kan lede til en bedre kvalitet i fra en patologs perspektiv.

Opplevelse av forbedret svartid

På spørsmål om opplevelse av forbedret svartid svarer informantene (patologer) noe ulikt, og de viser til å ha en ulik oppfatning av resultatet. Noen informerer om at det er forbedringer i svartider men at det har kostet en del ressurser. Dette kan oppleves som et betydelig stress. Dette som følge av endringer som har vært gjort på bakgrunn av mye fokus på pakkeforløpsprøver. Det oppleves som en belastning når prøvemengden stadig øker, og man jobber også med andre prøver enn pakkeforløpsprøver. Man jobber med prioriterte pakkeforløpsprøver på den ene siden og ordinære prøver på den andre siden.

Oppfattelsen av forbedring er ikke lik hos alle informanter. En informant mener at det ikke er signifikant forskjell på svartid før og etter interaksjonen. Vedkommende tror det er forbedringer, men at det er generelle forbedringer. Informanten påpeker en større kommunikasjonsutfordring. Vi leverer på hva vi tror rekvirent ønsker, men tar denne beslutning på løse muntlige tilbakemeldinger som kommer i sporadiske dialoger mellom rekvirent og patolog.

«Vi har ikke et klart bilde av klinikernes forventninger i svaret som produseres. Jeg vet heller ikke hvorfor vi gjør alt det vi gjør i det vi rapporterer. Våre svar består jo av

ulike deler og derfor må det sikres at vi har alle de data som trengs. Så rapporterer vi mye som klinikerne ikke vil lese, f. eks. vår mikroskopiske beskrivelse tror jeg ikke brukes utenom vår avdeling».

Strukturerte svar er viktig i en faggruppe som hudpatologi da de prøver som kommer her blir til tider også besvart av andre patologer som tilhører andre faggrupper. De benytter seg nok ikke alltid av de samme standardiserte besvarelsen.

En informant har en formening om forbedret svartid etter innføring av pakkeforløp, men lar seg ikke påvirke av tidsperspektiv da det kan påvirke kvalitet i besvarelsen negativt. Det interessante her er å se hvor man kan se hvor kvalitet i besvarelse trumfer tid som kvalitetsmål.

«Jeg signerer ikke ut noe hvor jeg føler jeg er vært rask på labben fordi jeg skal tilfredsstillende det pakkeforløpet.»

Denne uttalelsen ser jeg på som svært interessant for oppgaven. Det som blir interessant er å få se at betydningen av kvalitet vektlegges så ulikt for henvisende lege og patolog i denne sammenheng.

En informant påpeker et vesentlig punkt som har en indirekte påvirkning på svartidene på prøver i avdelingen. Internt prioriteres CITO prøver høyest i prioriteringskøen, og de vektles høyere i patologenes poengsystem. Det har sine fordeler for den enkelte CITO prøve, men konsekvensen er at aktuell patolog kan ta færre pasientprøver grunnet CITO-vekting. Dette kan da direkte påvirke mengden prøver som kan besvares pr. dag ved avdelingen.

Opplevelse av forutsigbarhet

Noen informanter hevder at det kan ligge forventning til en bedret forutsigbarhet til diagnostisk svartid, men fra patologens side er det kvaliteten i besvarelsen som veier tyngst. Man viser til at man ikke vil sende ut et svar som kanskje ikke er helt korrekt. Uerfarne patologer føler kanskje mer på dette enn erfarne leger. Informantene tenker at rekvirent føler større grad av forutsigbarhet, men dette er basert på antakelser.

Man antar at det er en opplevelse av større forutsigbarhet, men dette er på bakgrunn fra andre fagfelt hvor tilbakemeldinger er av en positiv art. En informant viser til at her har man via

dialog med rekvirenter fått tilbakemeldinger på at diagnostiske prøvesvar oppleves som mer forutsigbart nå etter innføring av pakkeforløp.

«I MDT-møter for andre faggrupper er de veldig fornøyd. De har tydelig sagt det».

Kan du beskrive hva kvalitet er for deg som patolog i denne sammenheng?

I besvarelsen av spørsmål kan du beskrive hva kvalitet er for deg som patolog er svarene delte. Kvalitet i besvarelse (rett diagnostikk) trumfer kvalitet i tid. Informantene forstår at pasienter og rekvirenter legger tid som viktig kvalitetsfaktor og kan til dels være enig, men det går an å informere pasient under utredning om at det jobbes med prøvesvaret. Dette er det også et kvalitetsaspekt. Det kan oppleves som feil å forhaste seg om man ikke er trygg på diagnosen. I besvarelsen av spørsmål nevnes det at noen diagnostiske utfordringer er såpass vanskelige at man bør «sove på det» før man lander en endelig diagnose. Informanten vet at dette strider litt mot tidsfaktoren, men viser til at faglig kvalitet er viktigere. En informant sier at det er verdt å ta med at enkelte pasienter syntes det tar for kort tid. De har ikke mentalt forberedt seg før diagnosen er et faktum. Dette kan oppleves som negativt.

En annen informant sier at i pakkeforløpssammenheng er det tidsaspektet. Det skal være effektivt og ha et riktig svar.

«Vi har vel alltid som mål at svaret skal være riktig og det endrer seg vel ikke om man har god eller dårlig tid, men her er det vel at man skal komme fort til mål. Det er tidsaspektet som gjelder».

Tidsaspektet er viktig men det endrer ikke behovet for god kvalitet på besvarelsen. Samme informant nevner tidligere erfaringer fra brukerundersøkelser. Alle klinikerne har svart at de var fornøyd med kvaliteten på avdelingens diagnostiske svar, men ikke med svartidene.

«Det måtte altså være svartidene som man da måtte sikre at de alltid svarer til forventningene».

Tid er kvalitetsfaktoren her i pakkeforløpsordningen.

Besvarelsen fra en annen informant er som følger. Rett besvarelse av prøve. Rett svar er viktigst. Tid er viktig, men underordnet i denne sammenheng.

«Det må være riktig svar for meg. Kvalitet er riktig og komplett svar.»

Fullstendig besvarelse, det innebærer at all informasjon er tilgjengelig slik at kliniker kan planlegge videre behandling.

«Ja, først kvalitet deretter tid og i den rekkefølgen fordi at om pasienten får en fantastisk tid, f. eks. får svar etter en dag, men svaret er helt feil. Det ville jo være helt feil, de to er helt knyttet sammen».

Tydlig at kvalitet i besvarelse er viktigere enn kvalitet i tid fra denne informantens perspektiv. Man ser viktighet av tid, men om besvarelsen er ukomplett eller feil vil det være katastrofalt.

Opplevelse av innføring av pakkeforløp

Informantene beskrev noe ulikt om hvordan de opplevde prosessen for innføring av pakkeforløp for kreft. De stilte spørsmål om hvordan ville det gå med prøver som ikke kom inn under pakkeforløp? Som nevnt tidligere i oppgaven er tiden en viktig faktor, men det gir en prioriteringsutfordring.

Det ble en del prøving og feiling før bioingeniører og patologer fant en måte å merke prøver på i henhold til det nye pakkeforløpet. Det var nødvendig med en del omorganisering i avdelingen for å bedre prøveflyten før preparatene kom til patolog. En informant nevner at dette var en politisk beslutning som kom ovenfra igjennom ledelseslinjen og ikke noe man kunne påvirke, men likevel var det viktig å signalisere at man hadde gjort sitt ytterste, men dette er betydelig stress for systemet. «Det gikk vel fort». En annen informant sier at man har ikke vært bekymret for store innvirkninger i patologens arbeid i avdelingen og informanten mener at dette var godt gjennomtenkt og organisert. Handlingsrom for patolog var også medregnet i tid når pakkeforløp for kreft var utredet.

Det ble nevnt i intervju at tiltaket med pakkeforløp oppleves som en ovenfra og ned styring, hvilket man bare måtte akseptere. Videre viser enkelte av informantene til aksept for endring da det nevnes at endringen er antatt gjennomtenkt og meningen med endringen er god.

Enkelte av informantene savnet informasjon, og at implementering var kanskje ikke helt optimal. Innføringen var kjørt igjennom ledelseslinjen ovenfra og ned. Dette ble ikke opplevd som greit, og man hadde antakelser på at dette kom til å kreve mye av de ansatte i avdelingen. Det ble nevnt fra en informant at implementering og informasjon opplevdes ikke som god. Det var mange ubesvarte spørsmål. Mer effektivisering, frykt for mer stress, «at vi måtte løpe fortere», men det ble ikke helt slik.

9. Diskusjon

Problemstilling: Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet? Hvilken kvalitet har det bidratt til?

Det var naturlig å ha intervju med et utvalg av rekvirerende leger som sender utvalgte prøver til avdeling for patologi for diagnostisering. I utgangspunktet var det ønskelig med informanter fra flere ulike fagområder slik at man kunne sammenlikne de ulike forløpstider, men det viste seg å være vanskelig å få tak i informanter fra rekvirentensiden. En kan bare spekulere i hvorfor dette er vanskelig, men trolig er et tidspress og vanskeligheter med å avsette tid til et slikt intervju i løpet av en ellers så hektisk arbeidsdag. Andre ting kan være at man ikke finner problemstillingen interessant nok for deltakelse. En svakhet i oppgaven er at omfanget ikke er stort nok. Om flere faggrupper hadde vært presentert i oppgaven vil man kunne anta at resultatet ville gitt et mer utfyllende svar på problemstillingen.

Data om forløpstider ble ikke presentert for informantene i kvalitative intervju. Dette valg ble gjort på bakgrunn av at resultatene mulig ville påvirke/farge informantens svar og opplevelse av forbedring eller forverring av tidsopplevelse. Ved å presentere tall/resultat under intervjuene ville man miste muligheten til å kunne sammenlikne resultat mellom tall og informantens opplevelse.

9.1 Kvantitative funn.

1. Hovedfunn i den kvantitative delen av studien er at innføring av pakkeforløp for kreft - malignt melanom, har hatt positiv effekt på svartider. Selv om statistisk analyse ikke viste en signifikant forbedring ($p=0,07$), så ligger endring så tett på grenseverdi ($p=0,05$) at man kan anta at det er realistisk å anslå at man har en forbedring etter intervensjon. Svartidene viser en reduksjon fra 12 til 10 dager i median svartid.

Dette resultat kan sees i sammenheng med resultater fra en evaluering av de danske kreftpakker gjort av Vinge, Sidsel m.fl. i 2012 De kunne vise til at innføring av pakkeforløp (kreftpakker) hadde bidratt til å redusere forløpstidene (30).

Prøvetyper som ikke kom inn under pakkeforløp for kreft og dermed ikke ble prioritert, viste også endringer i diagnostiske svartider.

2. Basalcelle karsinom. Her viste statistisk analyse en signifikant endring i svartider (0,00). Svartidene viser en reduksjon fra 10 til 7 dager i median svartid. Kan med dette datagrunnlag og statistiske analyseresultat konkludere med at man har etter intervensjon fått redusert svartider på prøvetype basalcelle karsinom med tre dager i median svartid. Dette står i kontrast til antakelser om at prøver som ikke ble omfattet av pakkeforløp ville få en forlenget svartid som følge av å bli nedprioritert.

3. Nævus prøver. Her viste statistisk analyse en signifikant endring i svartider (0,00). Svartidene er her forlenget. Det har vært en økning i svartid fra 6 til 9 dager i median svartid. Kan med dette datagrunnlag og statistiske analyseresultat konkludere med at vi har etter intervensjon fått forlenget svartider på prøvetype Nævus med tre dager i median svartid. Dette kan samsvare med antakelser om at prøver som ikke ble omfattet av pakkeforløp ville få en forlenget svartid som følge av å bli nedprioritert.

Malignt melanom

Ved mistanke om malignt melanom i tiden før innføring av pakkeforløp har prøvetypen som regel blitt merket CITO, dvs. at prøven da har blitt prioritert ved Avdeling for patologi. Etter intervensjon er denne prøvetypen omfattet av pakkeforløp for kreft og dermed fortsatt prioritert. Som regel vet man ikke om det er et malignt melanom før diagnosen er satt og dermed er ikke nødvendigvis merket som CITO eller pakkeforløp, men ofte er det indikasjoner som peker i retning av denne diagnose og rekvirent melder prøven til pakkeforløp. Jeg viser her til tidligere nevnte diagnoseveileder fra Helsedirektoratet (29). I løpet av 2016 var flere av prosedyrene som omhandlet prøveforløp ved laboratoriet skrevet om og fokus på denne type avvik var større. De nevnte hendelser omkring feilmerking og manglende merking av prøver og kassetter ble redusert over tid og kan skyldes nye rutiner. Dette kan også vise til en svakhet i oppgaven da en kan anta at resultatene ville vært bedre dersom undersøkelsen hadde blitt gjort ved et senere tidspunkt og ikke rett etter innføring av pakkeforløp for kreft. Det er naturlig å anta at en slik intervensjon av en slik størrelse vil ta tid før man kan se de riktige resultat av endringen.

Basalcelle karsinom

Basalcellekarsinom er en prøvetype som før og etter innføring av pakkeforløp for kreft ikke er av prioritert prøvetype. I perioden før og etter intervensjon har det forekommet at prøver av denne kategorien har blitt meldt inn som CITO. Disse CITO merkede prøver har naturligvis blitt fanget opp av prioritert prøveforløp. Da det ikke har vært et system i innmeldingene så har jeg valgt å ta dem med i utvalget før og etter intervensjonen. Volumet av prøver i denne kategorien er stort. Bekymringen blant flere er at prøvetyper som denne får forlengede svartider som følge av at de ikke er prioritert. Etter innføring av pakkeforløp for kreft er det nå 28 ulike forløp. Det betyr at denne prøvetypen kommer langt ned på listen over prioriterte prøver. Det har ikke vært gjort endringer i måten avdelingen behandler prøver hvor problemstillingen er basalcelle karsinom. De regnes som ordinære prøver og prøveforløpet er dermed ordinært. Resultatet av målingene på svartider før og etter intervensjon er positive. Det viser en reduksjon i median svartid på 3 dager. Det tilsvarer omtrent en 30 % forbedring for prøvetypen i svartid. Fra 10 dager til 7 dager. Dette står i kontrast til antakelser om at ordinære prøver får forlengede svartider som følge av prioritering av andre prøvetyper.

Nævus

Nævus er en prøvetype som ikke har vært av en prioritert prøvetype før eller etter intervensjon. Volumet på prøvetypen er relativt stort og er av en type prøve som regnes som ordinær. Det har også her vært ved flere anledninger oppdaget maligne diagnoser svært sent da prøven ikke har vært meldt inn med prioritet og prøven har blitt liggende lenge i kø. Dette er svært uheldig og burde vært unngått. Som vist over i avsnitt 9. Resultat, ser man en endring i svartider på nævus prøver fra 6 til 9 dager. Altså en forlengelse av svartiden på prøvetypen med 3 dager. Dette kan samsvare med antakelser om at svartider for ikke prioriterte prøver får en forlenget svartid som følge av nedprioritering.

9.2 Kvalitative funn.

9.2.1 Forbedret svartid (Rekvirenters/patologers opplevelse av forbedret svartid)

Det avdekkes i undersøkelsen en forskjellig opplevelse av forbedret svartid. Det meldes fra i fra rekvirenter og patologer både opplevelse av forbedring og ingen endring. Det oppleves som om det går forttere å få diagnostiske svar på ordinære prøver men ikke på pakkeforløpsprøver. Rekvirenter viser til de ulike forløp de siste år. Forløp for vanlige prøver, forløp merket «20-dager», CITO forløp og nå også pakkeforløp. Rekvirenter medgir at dette føles som uoversiktlig. Det oppleves som uklart hva rekvirenter kan forvente av de ulike forløp, og rekvirenter har valgt i noen tilfeller og sikre seg hurtig besvarelse ved å merke av for både pakkeforløp og CITO. Det stilles spørsmål om det er forskjell i prøveforløp mellom CITO og pakkeforløp. Hva skjedde med forløp «20-dager», og hvorfor er det variasjoner i svartidene? Dette er uklarheter som flere rekvirenter melder i undersøkelsen og dette må sees på som en kommunikasjonssvikt.

I Pakkeforløp for føflekkreft er det utarbeidet følgende forløpstider:

«Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas) 14 kalenderdager.» (Helsedirektoratet)

Dette sier ingenting om hva rekvirent kan forvente av svartid hos Avdeling for patologi. Om diagnosetiden tar 14 dager har rekvirent lite handlingsrom i tid for å forholde seg til tidsrammen på 14 kalenderdager. Dette kunne med fordel ha vært poengtert i det nasjonale handlingsprogram slik at man kunne hatt en forventning og et målepunkt til forbedring.

Hva det innebærer av prioriteringer som er merket CITO, og type forløp så kan dette med fordel kommuniseres bedre i fra Avdeling for patologi. CITO har første prioritet og følger et eget prøveforløp ved Avdeling for patologi. Når man som rekvirent merker for pakkeforløp, men merker for CITO i tillegg for å helgardere seg, så bruker man mer ressurser på noe som er helt unødvendig. I patologens diagnostiske arbeid poengvektes CITO høyere og resulterer i at man kan ta færre prøver totalt. Det vil si at om man får øket mengde CITO prøver, reduserer det automatisk mengden prøver som kan diagnostiseres denne dag. Man ser i forkant av ferier når prøvemengden øker at bestilling av CITO også øker. Dette gir en forlenget svartid på generelle prøver da diagnostisering av prøver går ned i antall som følge av øket mengde CITO. Denne usikkerheten omkring de ulike nevnte kategorier som oppleves fra rekvirenter bør adresseres og kommuniseres på en måte som når samtlige rekvirenter.

Patologer svarer også noe ulik på opplevelsen av forbedrede svartider. Man viser til klart forbedrede svartider på pakkeforløpstider, men opplevelsen er at det har kostet. Det er en belastning da prøvemengden og kompleksiteten øker og man jobber også med andre prøver enn de i pakkeforløp. Man jobber for at svartiden ikke skal bli forlenget for ordinære prøver, og det er til tider mangel på patologer.

Oppfattelsen av forbedring er ikke lik hos alle. Noen tror ikke at det er signifikant forskjell på svartid før og etter interaksjonen, men noen tror det er forbedringer, men det er generelle forbedringer. Det vises til andre utfordringer som for eksempel kommunikasjonsutfordring. Denne kommunikasjonsutfordring kan også påvirke svartider og frustrasjon. En utfordring som viser til at man leverer diagnostiske svar på en måte man tror rekvirent ønsker og tar denne beslutning på løse muntlige tilbakemeldinger som kommer i sporadiske trefninger mellom rekvirent og patolog.

«Vi har ikke et klart bilde av klinikernes forventninger i svaret som produseres. Diagnostiske svar består av ulike deler og derfor må det sikres at vi har alle de data som trengs. Så rapporterer vi mye som klinikerne ikke vil lese, f. eks. vår mikroskopiske beskrivelse tror jeg ikke brukes utenom vår avdeling».

Dette er ikke god kvalitet for rekvirent, men man leverer et resultat på noe man tror rekvirent ønsker og legger til det som er god kvalitet i besvarelsen fra en patologs ståsted.

Som en forbedring på nevnte utfordring kunne strukturerte svar være en løsning. Strukturerte svar er viktig i en faggruppe som hud, da prøver blir til tider også besvart av andre patologer som tilhører andre faggrupper. De benytter seg nok ikke alltid av de samme standardiserte besvarelser.

Et viktig funn er om hvordan man ser på kvalitet i besvarelse opp mot kvalitet i tid. Man har en formening og forbedret svartid etter innføring av pakkeforløp, men skynder seg ikke på bekostning av kvalitet i besvarelsen. Det interessante her er å se hvor man kan se hvor kvalitet i besvarelse trumfer tid som kvalitetsmål. *«Jeg signerer ikke ut noe hvor jeg føler jeg er vært rask på labben fordi jeg skal tilfredsstille det pakkeforløpet.»*

9.2.2 Forutsigbarhet (Opplevelse av)

Det er delte meninger om opplevelse av forutsigbarhet på pakkeforløpsprøver.

Tilbakemeldinger fra patologer og rekvirenter er bygget på antakelser. Rekvirenter melder om en større forutsigbarhet, men er ikke trygg på at svartiden overholdes og legger da til ekstratid i planlegging av neste oppfølgingsmøte med pasient. Man helgarderer seg i praksis på bakgrunn av at man ikke er trygg på leveransen av et diagnostisk svar. Videre signaliseres det fra rekvirenter at det er en mangel på dialog omkring prøvesvarstatus. Det er ønskelig med underveis informasjon. Hvor patolog «kan (formidle) en tentativ diagnose til rekvirent» slik at man kan starte eventuell videre behandlingsplanlegging for pasient på et tidligere tidspunkt. Her er det ulike ønsker og forventninger som ikke blir innfridd. Dette kan skyldes manglende kommunikasjon og man ser at det ikke er satt opp en forventningsavklaring i overføring av informasjon mellom patolog og rekvirent.

Patologer på sin side har også ulike oppfatninger om større forutsigbarhet. Enkelte patologer viser til tilbakemeldinger fra andre faggrupper som også har prøvetyper som er i pakkeforløp for kreft hvor tilbakemelding er av positiv karakter. Positive i den grad at det er nærliggende å tro at det da er jevnt over en opplevelse fra rekvirent om større forutsigbarhet som følge av innføring av pakkeforløp for kreft. Andre viser til at selv om rekvirent søker og opplever en større forutsigbarhet så vil man ikke sende ut et svar som ikke er helt korrekt eller endelig for å imøtekomme tidsfristen.

9.2.3 Kvalitetsperspektiv (Rekvirenters og patologers kvalitetsperspektiv for pakkeforløpsprøver)

Rekvirenter viser til at diagnosesvartid er en svært viktig kvalitetsfaktor i utredning av pasient. Det stilles ikke spørsmål om det er et korrekt diagnostisk svar da rekvirent tar det for gitt at kvaliteten i svaret er av en høy kvalitet. utfordringen er i at man opplever en lavere kvalitet når det diagnostiske svar tar for lang tid. Et tiltak som kan øke opplevd kvalitet for rekvirent er en tilbakemelding når man finner til eksempel malignt melanom og hvor patolog ønsker tilleggsundersøkelser før endelig patologisvar gis. På denne måten kan rekvirent planlegge videre oppfølging av pasient på et tidligere tidspunkt og pasient kan få informasjon underveis i forløpet. Dette er fremmet som et ønske fra rekvirent i denne studien, men ikke signalisert eller diskutert med patologer. Når man diskuterer diagnostiske underveis svar så

har dette en stor verdi. Ikke bare for rekvirent, men særskilt ovenfor pasient. Man viser til ivaretagelse av pasienten, da i noen tilfeller kan egentlig man henvisse videre til plastkirurgen, og man trenger gjerne ikke alle tilleggs-undersøkelsene, og det oppleves som ikke alltid patologene forstår viktigheten av dette.

«Det hadde vært ønskelig, mitt inntrykk er at der har vi ikke helt patologene med oss, den forståelsen av betydningen for oss med en foreløpig tilbakemelding».

Midlertidige tilbakemeldinger er savnet. Dette ville bli opplevet som et kvalitetsløft. Videre oppleves manglende standardisering i besvarelsene som et forbedringsområde. Patologenes fagspråk i besvarelsen kan spesielt for de yngre leger også være vanskelig å forstå. Enda et forbedringspunkt som er nevnt er nummerering av prøve. Merking av prøveglass skrevet på remissen har ved flere anledninger fått endret sin nummerering i/ved makrouttak. Type nummerering (numeriske, romerske eller alfabetisk) bør samkjøres slik at man ikke opplever en endring eller har vanskelig for å kjenne seg igjen i notat omkring aktuelt preparat. Endring eller bruk av ulik nummerering er ikke god kvalitet ifølge rekvirenter

Her er digitale bilder nevnt som et stort ønske og et kvalitetsløft. Rekvirenter viser til enkeltprøver som har blitt fotografert og dette gjør det enklere for rekvirent å se hvor patolog har tatt snitt ifra. Bilder i besvarelsen sees på som et kvalitetsløft.

Det er interessant å se hvordan man ser på kvalitet omkring samme pasientprøve men i forskjellig perspektiv. Rekvirenter har i stor grad forutsatt at den faglige kvaliteten i besvarelsen er av høy kvalitet, men ser tidsfaktoren som en svært viktig kvalitetsvariabel. Sett i fra patologers perspektiv er opplevelsen av kvalitet noe forskjellig. Kvalitet i besvarelse (rett diagnostikk) trumfer kvalitet i tid. Patologer tar det til etterretning at pasienter og rekvirenter legger tid som viktig kvalitetsfaktor og kan til dels være enig, men viser til at det går an å informere pasient under utredning om at det jobbes med prøvesvaret. Her viser man på lik linje med rekvirenter viktigheten av kommunikasjon, som mangler mellom de ulike aktører. Enkelte patologer mener det kan oppleves som feil å skynde seg om man ikke er trygg på diagnosen. Noen diagnostiske utfordringer er såpass vanskelige at man bør "sove på det" før man lander en endelig diagnose. Dette strider litt mot tidsfaktoren rekvirent vektlegger, men

er ifølge enkelte patologer viktigere. Når man ser på noen tilbakemeldinger så er det liten tvil om at kvalitet i besvarelse er hva som er viktigst i denne sammenheng.

«Rett svar er viktigst. Rett besvarelse av prøve. Ingen diskusjon. Tid er viktig men underordnet i denne sammenheng».

En fullstendig besvarelse, det er at all informasjon som klinikerne må ha til å kunne planlegge behandling må være tilstede nevnes som viktig og god kvalitet. Det kommer tydelig fram at kvalitet i besvarelse er viktigere enn kvalitet i tid fra denne patologs perspektiv. Man ser viktighet at tid, men om besvarelsen er ukomplett eller feil vil det være katastrofalt.

Som sagt var det også delte meninger i hva som var kvalitet for patologer. I pakkeforløpssammenheng presiserer enkelte patologer at tidsaspektet er viktigst. At det skal være effektivt og ha et riktig svar.

«Vi har vel alltid som mål at svaret skal være riktig og det endrer seg vel ikke om man har god eller dårlig tid, men her er det vel at man skal komme fort til mål. Det er tidsaspektet som gjelder».

Tid er kvalitetsfaktoren her i pakkeforløpsordningen. Tidsaspektet er viktig men det endrer ikke behovet for god kvalitet på besvarelsen. Kan man anta at kvaliteten i besvarelsen øker i takt med tid man bruker på å stille en diagnose? Dette spørsmål kan eventuelt tas opp ved videre undersøkelser.

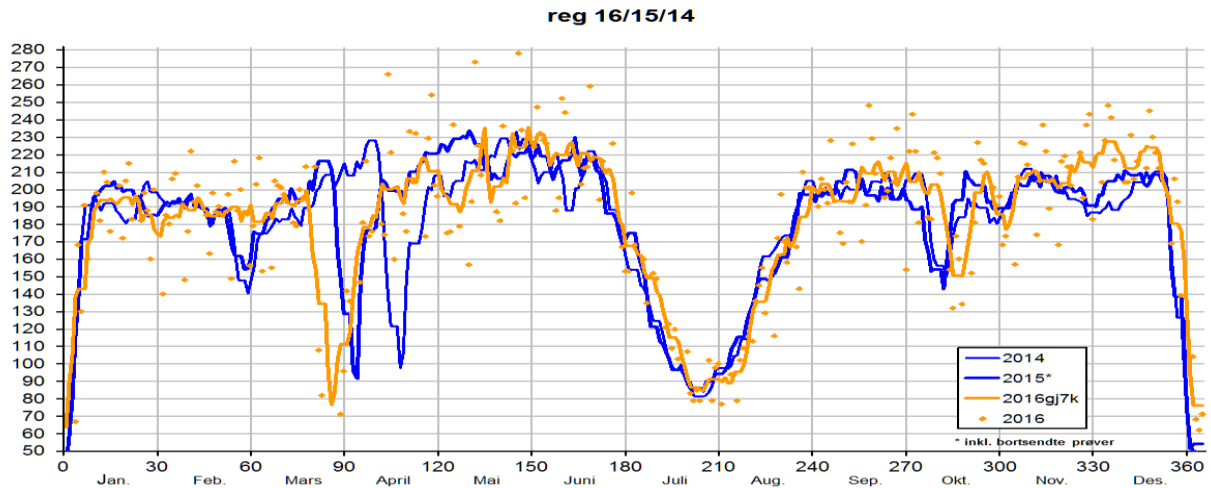
9.3 Hva skjer i praksis?

Det har blitt endringer og tiltak etter innføring av intervensjonen «pakkeforløp for kreft». Det sjekkes kontinuerlig på lister over prøver merket «CITO», «haster», «haster-P» i laboratoriesystemet. Disse er fargekodet (rød) og organisert slik at høyeste prioritet kommer øverst på skrive-listen til sekretariatet. Papirremisser fra rekvirenter blir skannet inn ved ankomst og dette bidrar til at prøven hurtigere kan viderefordes til patolog for diagnostisering. Prøvetypen er merket som prioritert å håndteres i laboratoriet ved Avdeling for patologi med høy prioritet. Det vil si at prøven tas hånd om nest etter hasterprøve merket CITO. Prøvevevet legges i visuelt merkede kassetter slik at laboratorieansatte visuelt kan se

den prioriterte prøve. Merking av pakkeforløpsprøver i laboratorieinformasjonssystemet og vevsprøve lagt i visuelt fargemerkede kassetter er tiltak som er iverksatt internt i avdeling for å imøtekomme prioritering av pakkeforløpsprøver og se til at disse pakkeforløpsprøver legges til et hurtig forløp i avdelingen. Et hurtig forløp i avdelingen er ensbetydende at prøvetypen prioriteres ved samtlige stasjoner i det pre-analytiske, analytiske og postanalytiske forløpet. Sett i et større perspektiv har tiltakene som er iverksatt ved Avdeling for patologi som følge av innføring av pakkeforløp for kreft hatt størst effekt ved laboratoriet og ved merkantil tjeneste. Hensikten med innføring av pakkeforløp for kreft har vært at dette skulle være et normerende tiltak. Man kan oppfatte det slik at et tiltak som ville sette pasienter i et målbart forløp og at dette ville påvirke pasientforløp på en slik måte at det kunne gi bi-effekter. Dette tiltak har sannsynligvis påvirket prøveflyten ved Avdeling for patologi positivt da man kan se en reduksjon i svartider på prøver som omfattes av pakkeforløp for kreft, men også prøver som ikke omfattes av pakkeforløp for kreft. Basalcelle karsinom har en signifikant endring i svartider målt før og etter intervensjon. Endring i svartid fra 10 til 7 dager. Dette strider mot eventuelle antakelser om at svartiden ville forlenges som følge av nedprioritering. Ser man til nævus prøver så vil man se at svartiden er forlenget fra 6 til 9 dager. Dette er en forlengelse på 3 dager og bekrefter eventuelle antakelser om at nedprioriterte prøver får en konsekvens i form av forlenget svartid. Hovedårsaken til forskjellen i svartider mellom de to prøvegruppene som ikke omfattes av pakkeforløp for kreft er at prøvetypen nævus var del av et prosjekt som pågikk i store deler av 2014. Prosjektet ble kalt «Fast lane». Dette prosjektet besto i å prioritere nevnte prøvetype på en måte som gjorde at man fikk omsatt prøvetypen fort, det er en prøvetype som generelt er hurtig å diagnostisere fra en patologs ståsted og dette ville gi mer tidsrom for «tyngre» faglig kompliserte prøver. Altså, man fikk fortere igjennom flere prøver til diagnostisering og på sikt ville man kanskje kunne bruke leger i spesialisering til å stille diagnose på denne prøvetype. Svartider som følge av prosjekt «Fast lane» har sannsynligvis vært forbedret da vi ser nå etter måling i 2016 er forlengelse av svartidene på denne aktuelle prøvetype. Ser i ettertid at prøvetypen kanskje ikke burde blitt tatt med i dette utvalg da forutsetningene ikke har vært like for prøvene i utvalget. Med bakgrunn i dette må det betraktes som en svakhet i undersøkelsen.

9.4 Confounders

Avdelingens prøveflyt er og vil naturlig nok bli påvirket av andre faktorer som endring i bemanning, øket prøvemengde, automatisering, med mer. Det er sesongvariasjoner hvor det er endringer i prøvevolum. Disse endringer sees ved sommerferie, høstferie, juleferie og vinterferie. Da faller prøveantallet noe. Se figur 12.



Figur12: Sesongvariasjoner i prøvemengde. År 2014, 2015 og 2016.

Man kan i forkant av sommerferie og juleferie se en økning i innmeldte prøver. Dette har vist seg å være en tilnærmet lik trend hvert år så lenge en har hentet ut målinger på dette. I disse perioder hvor prøvemengden øker har det også gitt laboratoriet en større mengde prøver en hva laboratoriet kan omsette. Det har resultert i forlengede svartider og antakelig da på prøvetyper som ikke er i et prioritert forløp.

I perioden 2014 til og med 2016 har biopsiseksjonen registrert en økning i antallet innkomne prøver fra 45550 prøver i 2014 til 46276 prøver i 2016. Dette er en økning på 2.66 %. Videre har avdelingen i 2015 fått innført et nytt laboratorieinformasjonssystem med tilhørende digital sporing av prøver. Dette kan ha påvirket omløpshastigheten på prøver igjennom avdelingen på en positiv eller negativ måte. Dette har man ikke målinger eller klare indikasjoner på, men det er grunn til å anta at man ved ulike prosesspunkt i prøveforløpet av fått en reduksjon i søk av informasjon til hver enkelt prøve, bruker mindre tid til dobbel kontroll og at det genereres færre feil ved etikettering av objektglass. Det er også et ikke definert tidstap i feilretting av tidligere feilmerkede objektglass. Ved innføring av dette digitale sporingssystem har det gått

mer tid til å skanne hver enkelt prøve ved samtlige prosesspunkt i prøveflyten. Bruk av glasskrivere som produserer etiketterte objektglass tar mer tid samt forsinkelser knyttet til IKT verktøy som er plassert ved samtlige prosesspunkt. Det er ingen tidsmålinger på nevnte endringer og det vil ikke være mulig å si noe konkret om det har bidratt til hurtigere prøveflyt eller hindret prøveflyten.

Det er grunn til å anta at innføring av pakkeforløp for kreft har vært normerende for prøveflyten ved Avdeling for patologi og har av den grunn påvirket svartider på andre forløp også positivt. Om man ser helhetlig på effektive prøveforløp kan man unngå at enkelt forløp av ordinære prøver får konsekvenser av forlengede svartider.

9.5. Validitet og relabilitet

Validitet

Validitet (gyldighet) knytter man til spørsmålet om de svarene vi finner i en gitt undersøkelse er de svar på det spørsmål man har forsøkt å stille. Man kan styrke validiteten (gyldigheten) med å vise hvordan man praktiserer undersøkelsen og redegjøre for de valg man tar hva gjelder for eksempel datagenereringsmetoder og teoretiske innspill til analysen. Den viktigste kilde til høy validitet i undersøkelsen/forskningen er at dette utføres i lys av faglighet og forankring i relevant forskning.

Relabilitet

Innenfor ulike typer forskning vil forskeren mulig har et engasjement i temaet det forskes på. Dette kan oppleves som «støy» i forskningen ved at man kan påvirke resultatene. For å styrke forskningens relabilitet er det viktig å reflektere over de fellesnevnerne man har med informantene i prosjektet og om man har spesiell forkunnskap om prosjektet. Være bevisst på hvordan slikt kan ha påvirket tilgangen til feltet, utvalg, analyse og resultater. (Tjora, 2013)

10. Konklusjon

Med bakgrunn i studien og ut fra diskusjonen ovenfor mener jeg at studien har validitet til å besvare forskningsspørsmålene. Studiens kvantitative funn viser at innføring av pakkeforløp for føflekkreft har redusert forløpstid og diagnostisk svartid på prøvene med to dager fra 12 dager median svartid i 2014 til 10 dager median svartid i 2016. Studien avdekker også at andre prøvetyper i undersøkelsen også får en forbedret svartid. Basalcelle karsinomprøver viser en reduksjon på 3 dager. Fra 10 dager median svartid i 2014 til 7 dager median svartid i 2016. Dette viser til at innføring av pakkeforløp for kreft har bidratt til å øke effektiviteten målt ved forbedret forløpstid.

Den kvalitative delen av studien viser til at ingen av informantene kan bekrefte at de opplever særlig forbedrede svartider på pakkeforløpsprøver. Informantene viser til antakelser om at svartiden er generelt forbedret, men at det ikke er spesifikt for føflekkreftprøver. Informantene opplever en bedre forutsigbarhet i besvarelsene av pakkeforløpsprøver, men viser til variasjoner omkring forutsigbarhet da enkeltprøver kommer vesentlig senere enn forventet.

Studien identifiserer flere forbedringsområder i kommunikasjonen mellom rekvirenter og Avdeling for patologi. Funn kan tyde på at patologer leverer diagnostiske svar på bakgrunn av antakelser på hva rekvirenter ønsker, og at det er et behov for rekvirenter å få informasjon underveis i det diagnostiske forløp. Studien identifiserer også et ulikt syn på hva som oppleves som kvalitet i dette prøveforløp. Noen rekvirenter og patologer enes om «rett svar til rett tid» hvor man ser en kombinasjon av kvalitet i besvarelse og til rett tid, men utover dette ser man i studien at rekvirenter forventer at kvaliteten i besvarelsen alltid er god, men ser på tid som den viktigste kvalitetsfaktor i pakkforløpssammenheng. Patologer på sin side ser på kvaliteten i besvarelsen som den viktigste kvalitetsfaktor og setter tidsfaktoren i andre rekke. Disse nevnte funn kan tyde på at Avdeling for patologi har et forbedringspotensial og at dette kan bidra til ytterligere økt kvalitet.

Når man ser på forskningsspørsmålet. Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet, så kan man svare ja. Svartider på føflekkreft prøver studert i denne oppgave er funnet til å være forbedret. Kortere svartider og mer forutsigbarhet i prøveforløpet svarer til meningen med innføring av pakkeforløp. Det er ment å gi pasient en større forutsigbarhet, en hurtigere oppstart på behandling.

Denne studie har tatt for seg et av mange ulike pakkeforløp for kreft, og studien er en case-studie av Avdeling for patologi. Det er behov for større studier for å kunne sammenlikne og etterprøve resultatene, få mer kunnskap om hva som gir økt kvalitet i form av forbedrede svartider og forutsigbarhet. Dette kan gjøres ved å se på andre pakkeforløp ved Haukeland universitetssjukehus, ulike avdelinger i helse vest og nasjonalt.

11. Definisjoner

CITO: Cito, hurtig; citissime, meget hurtig. Ble tidligere brukt som påskrift i betydningen «haster» på brev og resepter, og brukes fremdeles som påskrift på remissen når legen ønsker en biopsi (vevsprøve) undersøkt raskest mulig av en patolog.(31)

Median: Median i statistisk sammenheng er et sentralitetsmål som defineres som verdien til tallet som deler et utvalg i to deler slik at hver del har like mange elementer.

12. Styrker og svakheter ved studien

- Styrker i studien er at i den kvantitative delen av studien er omfanget av prøver er såpass stor at resultatene er representative.
- Svakheter jeg ser i studien er her blant annet Nævus prøver som var med i Fast-Lane i 2014 må sees på som en svakhet i oppgaven. Svartider som følge av prosjekt «Fast Lane» i 2014 har sannsynligvis vært forbedret da man nå ser etter måling i 2016 en forlengelse av svartidene på denne aktuelle prøvetype. Ser i ettertid at prøvetypen nævus ikke burde blitt tatt med i dette utvalg da forutsetningene ikke har vært like for prøvene i utvalget. Med bakgrunn i dette må det betraktes som en svakhet i undersøkelsen.

- Innføring av pakkeforløp ble innført i 2015 og denne studien er utført på data fra 2014 og 2016. Det kan tenkes at studien er gjort for tett opp mot intervensjonen og dermed er undersøkelsen gjort for tidlig. Slike store endringer som innføring av pakkeforløp er tar tid og man ser gjerne ikke de store resultat før det er gått litt tid.
- Det er ikke undersøkt for feilføring i laboratoriesystemet Unilab U-700. Det er en mulighet for å feilregistrere data i systemet.

13. Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Implementering av pakkeforløp for kreft
Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015 2014 [Available from:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/692/Nasjonal-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-kreft-IS-2240.pdf>.
2. Håland EM, Line. Individualisert standardisering? 2017.
3. omsorgsdepartementet H-o. Høringsmøte om pakkeforløp for kreft. 2014.
4. helsetilsyn S. Risikobildet av norsk kreftbehandling. 2010.
5. omsorgsdepartementet H-o. Sammen -mot kreft: 2013; 2013-2017 [cited 2018. Available from:
https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf.
6. Helsedirektoratet. Implementering av pakkeforløp for kreft : nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
7. Helsedirektoratet. Introduksjon til pakkeforløp for føflekkreft. 2014.
8. Helsenorge.no. Føflekkreft. 2018.
9. Helsedirektoratet. Implementering av pakkeforløp for kreft
Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015. 2014.
10. Helsedirektoratet. Beskrivelse av sentrale indikatorer for Pakkeforløp for kreft. 2018.
11. Regjering. Statsmelding nummer 47. Samhandlingsreformen-rett behandling-på rett sted-til rett tid. [Internet]. 2008-2009 [cited 1.2.2018. Available from:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>.
12. Helse-Vest. Standardiserte pasientforløp 2016 [updated 29.06.2016. Available from:
<https://helse-vest.no/Documents/Om%20oss/M%C3%A5l%20og%20strategiar/Helse2030/Helse2030-Sluttrapport-Temagruppe04-Standardiserte-pasientforl%C3%B8p.pdf>.
13. Øgar P, Hovland T. Mellom kaos og kontroll : ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
14. Arntzen E. Ledelse og kvalitet i helsetjenesten : arbeidsglede og orden i eget hus. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
15. medisin D. Samspill kan sikre bruk av oppdatert kunnskap. 2017.
16. Mainz J, Bartels P, Bek T, Møller Pedersen K, Krøll V, Rhode P. Kvalitetsudvikling i praksis. København: Munksgaard; 2011.
17. omsorgsdepartementet H-o. Åpent og rettferdig-prioriteringer i helsetjenesten. 2014(NOU:2014).
18. Petter Øgar TH. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. 2010;1. utgave, 3. opplag 2010:118.
19. Deming WE. The PDSA Cycle for Improvement. In: Improvement FTPCf, editor.
<http://www.gov.scot/Publications/2008/01/14161901/3>; The Scottish Government Health Delivery Directorate; 2008.
20. Yin RK. Case Study research design and methods. 1994;5:171.
21. Jupp V. The SAGE Dictionary of social research methods. 2006.

22. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
23. Datatilsynet. Personopplysning. 2018.
24. Lovdata. Lov om behandling av personopplysninger 2015.
25. forskningsdata N-Nsf. Sentrale begreper.
26. Solutions CDS. Mann-Whitney U Test.
27. Division DSE. KOLMOGOROV SMIRNOV TWO SAMPLE TEST
28. Jan Mainz PB, Toke Bek, Kjeld Møller Pedersen, Vibeke Krøll, Peter Rhode. Kvalitetsudvikling i praksis. 2011;1.utgave, 3. opplag, 2013.
29. Helsedirektoratet. Diagnoseveileder.
30. Vinge SR, Anja E. Albæk, Jens. Martedal, Anders. Erfaringer med kræftpakker. Fra intensjoner til implementering i praksis. 2012.
31. Østensjø J. Store medisinske leksikon Universitetet i Oslo2014 [updated 15.08.2014. Available from: <https://sml.snl.no/cito>.
32. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/seksjon?Tittel=pakkeforlop-pa-kreftomradet-1375>

14. Vedlegg

Kvalitetsforbedringsperspektiv på innføring av pakkeforløp for kreft i diagnostikk: Har innføring av pakkeforløp for kreft ført til økt kvalitet?

20.01.2017 Ver 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

KVALITETSFORBEDRINGS PERSPEKTIV PÅ INNFØRING AV PAKKEFORLØP FOR KREFT. DIAGNOSTIKK. HAR INNFOERING AV PAKKEFORLØP FØRT TIL ØKT KVALITET?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som undersøker kvaliteten på et kvalitetsforbedringstiltak i diagnostikk sammenheng: Har innføring av pakkeforløp for kreft ledet til økt kvalitet? Hvilken kvalitet har det bidratt til? Rekvirentens opplevelse av kvalitet og faktorer som påvirker besvarelsen der, vil identifiseres ved intervju av rekvirenter og patologer ved flere avdelinger i sykehuset. Formålet er å undersøke om innføring av pakkeforløp for kreft har bidratt til en større forutsigbarhet og hurtigere diagnostiske svartider i tillegg til at ordinære pasientprøver er ivaretatt på en god måte uten at de har fått forlenget diagnostiske svartider.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer at du som rekvirent / patolog deltar i et intervju. Intervjuet vil ha en varighet fra 45n in til 1 time.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg, som alder, kjønn, og som profesjonsutøver (inkludert). Identifiserende opplysninger vil ikke registreres.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Prosjektet kan bidra til ny kunnskap om et kvalitetsforbedringstiltak i en stor og kompleks organisasjon. Ved å delta i et intervju kan deltaker få informasjon om mulige styrker og svakheter ved kvalitetsforbedring i egen eller andre seksjoner.

Kvalitetsforbedringsperspektiv på innføring av pakkeforløp for kreft i diagnostikk: Har innføring av pakkeforløp for kreft ført til økt kvalitet?

20.01.2017 Vers 1

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Ørjan Olsen Axelson tlf: 55973207, mobil: 55079300, orjan.olsen.axelson@helse-bergen.no

HVA SKIER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i henvikten med studien. Du har rett til å se hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

All informasjon vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil brukes pseudonym for navn, slik at data ikke blir indirekte eller direkte gjenkjennende.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektstart.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, så cstr.no/REK (2017/006).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Ørjan Olsen Axelsen
Haukeland universitetssjukehus/Laboratorieklinikken
orjan.olsen.axelsen@helse-bergen.no

Deres ref

Vår ref:
2017/8906

Saksbehandler
Christin Kløpper, tlf. 55975558

Bergen,
18.08.2017

Tilråding fra personvernombudet

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Meldingen gjelder prosjektet *«Kvalitetsforbedringsperspektiv på innføring av pakkeforløp for kreft i diagnostikk: Har innføring av pakkeforløp for kreft ført til økt kvalitet?»*.

Med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-12 og personopplysningsloven § 31 har Datatilsynet tittatt Helse Bergen HF for meldeplikten til Datatilsynet når prosjektet er meldt til personvernombudet.

Prosjektet er vurdert av RFEK Vest (2017/496). RFEK har gitt tilbakemelding til prosjektleder om at prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen omfattes under forskning, og er meldepliktig til personvernombudet i henhold til personopplysningsloven § 33 og personopplysningsforskriften § 7-27.

Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Førutsetningene:

Førutsetningene er å evaluere om innføringen av pakkeforløp for kreft i diagnostikk har ført til bedre kvalitet på tjenestetilbudet i Helse Bergen HF.

Rekruttering:

Deltakerne i prosjektet er egne ansatte som samtykker til deltakelse. Personvernombudet har ikke innvendinger til at egne ansatte deltar i prosjektet. Det gjøres likevel oppmerksom på at samtykke må være frivillig, informert og uttrykkelig. I tilfeller hvor den som rekrutteres er underordnet prosjektleder kan dette undergrave elementer av frivillighet slik at samtykke ikke kan anses som gyldig. På bakgrunn av informasjon fra prosjektleder legges det innidlertid til grunn at det ikke vil være noe underordningsforhold som kan undergrave samtykket fra den registrerte.

Personvern:

Det skal gjøres lydopptak fra intervjuer. Dermed oppstår det en risiko for at det samles inn mer informasjon enn hva som er nødvendig for formålet. Personvernombudet legger innidlertid til grunn at prosjektet ikke kan gjennomføres uten at det gjøres lydopptak all den tid prosjektet da vil miste verdifull informasjon.

Det skal ikke behandles sensitive personopplysninger i prosjektet. Spørsmålene til deltakerne fremstår som hensiktsmessige i lys av formålet, og innsamlede opplysninger vil bli pseudonymisert ved

transkribering. Når det også skal innhentes samtykke fremstår det som om personvernet vil være godt ivaretatt i prosjektet.

Informasjonssikkerhet:

Innsamlende opplysninger skal lagres uten direkte identifiserbare personopplysninger på kvalitetsserveren. Der legges til grunn at lydopptak skal håndteres forsvarlig. Det bør ikke brukes opptaksutstyr som er tilkoblet internett. Opptak bør overføres til sikkert lagringsområde og transkriberes uten ugrunnet opphold, og opptakene bør slettes fra opptaksutstyret når prosjektleder har overført filene til lagringsområdet, og bekreftet at integriteten på filene er ivaretatt.

Tilråding:

Personvernombudet tilrå at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet er forelagt og godkjent av ansvarlig leder.
2. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Del gjøres endringer til samtykke-/informasjonsskrivet som beskrevet herover.
4. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med tanshetspliktbestemmelsene.
5. Data lagres på helseforntakets Kvalitetsserver og anonymiseres uten ugrunnet opphold. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på delene tilrådingen (under Vår ref) fylles ut i søknadsskjemaet og selve tilrådingsbrevet må også legges ved. Annen elektronisk lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av foretakets IKT-sikkerhetsleder/personvernombud.
6. Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) senest innen prosjektslutt 01.07.2018. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekrefter sletting til personvernombudet.
7. Prosjektet kvalifiserer ikke som medisinsk- og helsefaglig forskning slik det er definert i helseforskningsloven. Du kan benytte bekreftelsen fra RLIK om at prosjektet ikke er fremleggingspliktig, dersom dette kreves av tidskrift.
8. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.

Med vennlig hilsen

Christor Kleppe
Personvernombud
Helse Bergen IIT

Kopi til:
Åslak Bjørnø Aslaksen

Dokumentet er elektronisk signert



Vår ref. nr.: 2017/496

Prosjekttittel: "Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til redusert diagnostisk svartid og opplevelse av økt kvalitet for diagnostiske pakkeforløpsprøver og ordinære diagnostiske prøver?"

Prosjektleder: Aslak Bjarne Aslaksen

Til Aslak Bjarne Aslaksen.

Viser til Framleggingsvurdering mottatt 24.02.2017.

Generelt om fremleggingsplikten for REK

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Slike prosjekter som har til hensikt å søke ny kunnskap om sykdom og helse skal søke REK.

Helse- og omsorgsdepartementets veileder til helseforskningsloven definerer kvalitetssikring som prosjekter, undersøkelser og evalueringer som har som formål å kontrollere at diagnostikk og behandling faktisk gir de intenderte resultater. Slike prosjekter regnes som en del av helsetjenesten og trenger ikke søke REK.

Vurdering av om prosjektet er fremleggingspliktig

Etter vår oppfatning er dette prosjektet ikke fremleggingspliktig for REK.

Formålet med prosjektet er kvalitetsforbedring der man vil undersøke om innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet ved foretaket. Det vil bli gjennomført intervjuer av rekvirerende leger ved HUS, samt intervju av ansatte ved Avdeling for patologi. Prosjektet skal ikke innhente pasientdata på individnivå, men vil hente data på aggrigert nivå om diagnostiske svartider.

REK oppfatter at formålet med studien ikke er å søke etter ny kunnskap om helse og sykdom som sådan og finner at studien faller utenfor helseforskningsloven. Du trenger dermed ikke å søke REK. Du bør kontakte personvernombudet for om studien må meldes dit.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningslovens § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden blir behandlet i komitémøte og det vil bli fattet enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Camilla Gjerstad

rådgiver

post@helseforskning.ettkom.no

Lisbet Sviland
Avdelingssjef Avdeling for patologi
Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen

Bergen 10. April 2017

Søknad om tilgang til intervjuobjekter i forbindelse med studie

Som en del av masteroppgaven knyttet til helseledelse, helseøkonomi og kvalitetsforbedring skal jeg gjennomføre en empirisk studie om erfaringer gjort etter innføring av pakkeforløp for kreft i diagnostisk sammenheng. For å undersøke dette vil jeg intervju 4-6 leger som rekvirer histopatologiske undersøkelser på prøver med spørsmål om henholdsvis tykk -og endetarmskreft og føflekk kreft av Avdeling for patologi. Fortrinnsvis leger fra kirurgisk klinikk. I studien vil jeg også intervju 2-4 patologer som besvarer aktuell prøvetype. I tillegg vil det hentes ut data fra avdelingens informasjonssystem (Unilab U-700) på diagnostiske svartider før og etter innføring av pakkeforløp for kreft. Studien har fått arbeidstittel: Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til redusert diagnostisk svartid og opplevelse av økt kvalitet for diagnostiske pakkeforløpsprøver og ordinære diagnostiske prøver?

Problemstillingen jeg forsøker å finne svar på i denne oppgave er: Har innføring av pakkeforløp for kreft bidratt til økt kvalitet? Hva slags kvalitet har det bidratt til?

Intervjuene ønskes gjennomført fra uke 13 til 26 i 2017. Denne henvendelsen gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre studien. Det vil også bli innhentet tillatelse fra personvernombud i Helse Bergen. Studien er sendt som forenklet framlegg til vurdering hos Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK vest.

Hovedveileder er Aslak Bjarne Aslaksen, Avdelingsdirektør, Radiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus.

Vennlig Hilsen

Ørjan Olsen Axelson
UIB, Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin
Kalfarveien 31, 5018 Bergen

Intervjuguide

- Forberedelse
- Presentasjon av intervjuer
 - Tildeling av informasjonsbrev og samtykke skjema.
 - Presentasjon av studiens hensikt og hvorfor man ønsker intervju
 - Informere deltaker om at intervju vil bli tatt opp på lydband man vil bli anonymisert.

Opptak berømmelse

Åpnings spørsmål: 1. Kan du fortelle om hvilken stilling du har og hvilken klinisk erfaring (antall år)

Introduksjon: 2. Når du tenker tilbake på når pakkeforløp ble innført for ditt fagsfelt.

- Hvilken rolle/stilling hadde du da?
- Hvordan opplevde du prosessen med innføring av pakkeforløp?
- Hvilke utfordringer hadde dere med implementering av pakkeforløp for kreft?
- Hva ville du ha gjort annerledes?

Ovrgang:

1. Kan du beskrive hva som er kvalitet for deg som rekvirerende lege?

Kan du beskrive din opplevelse av kvalitet etter innføring av pakkeforløp?

- **Hvordan har innføring av pakkeforløp for kreft påvirket kvaliteten av utførelse av diagnostikk**

- Er diagnostisk svartid forbedret på pakkeforløpsprøver?

- Er det endringer i forutsigbarheten til prøvesvar?

- Hva med prøver som ikke omfattes av pakkeforløp?

- MDT møter: Hva er dine forventninger til de diagnostiske svar?

Er snitt-presentasjon viktig for deg? Er informasjonen fullstendig? Er det mye info du ikke trenger? Er det relevant info som presenteres?

Er det rom for å effektivisere MDT møter?

2. Kan du gi eksempler på utfordringer etter innført pakkeforløp som ikke nødvendigvis er positivt for andre pasienter?

- Blir man presset av pasient til å føre dem til pakkeforløp?

- Legges det for lett pasienter til pakkeforløp?

- Er kriteriene for pakkeforløp klare nok?

- Prioriteringsforskriften?

- Domineres ordinære prøver av pakkeforløpsprøver i for stor grad?

- Hvordan opplever du bruken av prioritering (CITO) på ordinære prøver etter innføring av pakkeforløp?

Avslutning :

3. Har du tanker om hvordan man kan forbedre pakkeforløp-rutinen ytterligere?

- For de ordinære prøver?

