

Kvalitetsindikatorer for kreftbehandling

Erfaringer til mellomledere i sykehus

Lillian Selnæs

Vidar Råheim

Veileder

Mariann Fossum

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Denne oppgaven avslutter vårt erfaringsbaserte masterstudium i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder.

Arbeidet med studien har vært morsomt og interessant og gitt økt forståelse og kunnskap om ledernes utfordringer i arbeidshverdagen. Gjennom intervjuene fikk vi innsikt i mellomledernes erfaringer knyttet til kvalitetsindikatorer, og endringsarbeidet som var gjennomført de siste årene i forhold til økt kvalitet i utredning og behandling for kreftpasienter.

Vi takker alle informantene som tok seg tid til å stille opp i en travel hverdag og bidro med erfaringer, refleksjoner og gode innspill. Uten deres hjelp hadde vi ikke kunnet gjennomføre denne undersøkelsen.

Tusen takk til Mariann for kloke innspill og stødig veiledning gjennom prosessen.

Takk til Siri for lån av opptaker. Vi takker også våre kollegaer for stor tålmodighet og oppmuntringer underveis.

Til slutt en stor takk til våre familier som har ventet tålmodig hjemme.

Sammenfatning

Prosjektets bakgrunn: Myndighetene har de siste årene hatt økende oppmerksomhet på kvalitetsindikatorer og tiltak som kan bidra til forbedring i kreftutredning og behandling. Det ble i 2011 godkjent kvalitetsindikatorer for oppstart av behandling innen 20 dager for områdene lungekreft, brystkreft og tykktarmskreft. Med bakgrunn i dette er det gjennomført en kvalitativ undersøkelse med mellomledere i et sykehus.

Hensikten med studien er å få kunnskap og bedre innsikt i hvordan mellomledere i et sykehus påvirkes av kvalitetsindikatorer. Målet er at studien skal belyse mellomledernes erfaringer med kvalitetsindikatorer, og på hvilken måte indikatorresultatene bidrar til endringer i rutiner og kvalitet i sykehuset.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har mellomledere ved et sykehus med kvalitetsindikatorer for kreftbehandling?

Utvalg og metode: Det er gjennomført semi-strukturert intervju med 6 mellomledere ved et sykehus. Designet er beskrivende, og datamaterialet er analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Resultatene beskriver at mellomlederne på enheter som utreder eller behandler kreft har begrenset erfaringer og kjennskap til kvalitetsindikatorerne for kreftbehandling og resultatene har liten innvirkning på den daglige aktiviteten i avdelingen.

Konklusjon: Studien viser at mellomledere i liten grad erfarer endringer i rutiner og kvalitet basert på kvalitetsindikatorerne for kreftbehandling. Ut fra mellomlederens erfaringer har andre overordnede planer og strategier, regionale rutiner og lokale behov en innvirkning på de endringene som er beskrevet.

Nøkkelord: Kvalitetsindikatorer, sykehus, mellomledere, kreft, kvalitativ innholdsanalyse

Abstract

Background: During the last couple of years, the government has increased their attention on quality indicators and measures that can contribute towards improving cancer- diagnosis and treatment. Quality indicators were in 2011 approved for initiation of treatment within 20 days for lung, breast, and colon cancer. Given this, it is conducted a qualitative study with assistant managers in a hospital.

The purpose of the study is to increase knowledge and understanding of how assistant managers are affected by quality indicators. The aim of the study is to illustrate assistant managers' experience with quality indicators, and how the indicator results contribute to changes in procedures and quality in the hospital.

Research question: What experience do assistant managers have with quality indicators for cancer treatment at a hospital?

Methods: It is conducted semi-structured interviews with six assistant managers at a hospital. The design is descriptive, and qualitative analysis was used.

Results: The results describe assistant managers of entities that examines and treats cancer have limited experience and knowledge of quality indicators for cancer treatment, and the results have a small impact on the entities everyday activity.

Conclusion: The study shows that assistant managers to a small extent change procedures and quality based on the quality indicators for cancer treatment. Based on the experience of the assistant managers, other master plans and strategies, regional practices, and local needs have an influence on the changes described.

Keywords: Quality indicators, Hospital, Assistant managers, Cancer, Qualitative content analysis.

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Kvalitetsindikatorsystem	2
1.2	Insentiver for kvalitetsarbeid	4
1.3	Bakgrunn for valg av tema	5
1.3.1	Hva viser studier om kvalitetsindikatorer?.....	7
1.3.2	Problemanalyse	8
1.3.3	Problemstilling	10
1.3.4	Avgrensninger	10
1.3.5	Kreftindikatorene	11
1.3.6	Utvikling.....	12
2.0	Teori	13
2.1	Hva er kvalitet?.....	13
2.2	Kvalitet i helsetjenesten.....	13
2.3	Modell for kvalitetsforbedring.....	18
2.4	Kvalitetsindikator	19
2.5	Prosessindikator.....	20
2.6	Kvalitetssystem.....	21
3.0	Metode.....	23
3.1	Kvalitativ metode og forskningsdesign	23
3.2	Utvalg og kontekst.....	24
3.3	Forberedelser	25
3.4	Pilotundersøkelse.....	26
3.5	Gjennomføring av intervjuene.....	26
3.6	Transkriberingen.....	27
3.7	Analysen	28
3.8	Troverdighet i kvalitativ forskning.....	30
3.9	Etiske overveielser.....	31
4.0	Resultat av undersøkelsen	32
4.1	Kjennskap til kreftindikatorene	32
4.2	Kjennskap til indikatorresultatene	33
4.3	Endring i rutine og kvalitet.....	35

5.0	Diskusjon.....	37
5.1	Metodediskusjon.....	37
5.2	Diskusjon av resultatene	40
5.2.1	Kjennskap til kreftindikatorerne	40
5.2.2	Kjennskap til indikatorresultatene.....	43
5.2.3	Endring av rutine og kvalitet.....	49
6.0	Konklusjon	55

Vedlegg:

1. Informasjonsskriv
2. Intervjuguide
3. Oppstarts tillatelse
4. Godkjenning fra NSD

1.0 Innledning

Norske myndigheter har de senere årene satt i verk reformer, ulike lovendringer og betydelig økonomisk innsats for å sikre en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Det stilles i dag krav om at helsetjenestens kvalitet skal kunne evalueres og måles (Helsedirektoratet, 2010).

De senere år har krav til kvalitet og effektivitet vært tema i norsk helsetjeneste, og det har blitt gjort flere tiltak for å forbedre både kvaliteten og effektiviteten. Norske myndigheter har satt i verk ulike reformer og lovendringer;

- Innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten (ISF) er en finansieringsmodell som ble innført i 1997 (St. meld. nr. 44 (1995-1996), 1996). ISF er en del av finansieringen og intensjonen var å premiere økt effektivitet i sykehusene (NOU 2003:1, 2003). Hvor stor andelen ISF blir hvert år fastsettes i statsbudsjettet. Andelen for budsjettåret 2014 økte til 50 % (Helsedirektoratet, 2013a).
- Sykehusreformen ble iverksatt i 2002 og omfattet statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og en omorganisering av tjenestene til selvstendige, regionale helseforetak. De regionale helseforetakene fikk et overordnet ansvar for de lokale helseforetakene i hver region. Helseforetakene skulle være selvstendige foretak med beslutningsmyndighet og resultatansvar som skulle stimulere til kvalitetsutvikling, og utøvelse av lederskap med målrettet og presist ansvar. Helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre sett fra pasientens ståsted, og pasientenes behov skal stå i sentrum, ventetidene og de geografiske ulikhetene i helsetilbudet skulle med dette reduseres (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), 2001).
- Lov om pasientrettigheter ble iverksatt i 2001, og er i dag endret til pasient- og brukerrettighetsloven. Loven gir en avklaring på pasienters eller brukeres rettigheter ovenfor helsetjenesten, og tydeliggjør et økt fokus på brukerinnflytelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast pasientens rett til fritt sykehusvalg og behandlingsgarantier, samt rettigheter knyttet til informasjon, medvirkning, samtykke og klagemulighet. Lovens formål er å bidra til fordelingsrettferdighet, hvor pasientenes behov og autonomi settes i fokus (Pasient- og brukerrettighetsloven - Pasrl., 2013).

Parallelt med helsemyndighetenes satsninger har fokuset på pasientrettigheter økt, og krav om bedre oversikt over tjenestenes faglige kvalitet og resultatoppnåelse vokst fram.

Kvalitetssikring skal være inkludert i daglige rutiner, og resultater skal kunne dokumenteres fortløpende. Det argumenteres for at kvalitetsdata skal offentliggjøres og danne bakgrunn for pasientenes egne valg av behandlingssted. Økt profesjonell styring og administrasjon av helsevesenet har også gitt økt behov for rapportering internt. Til tross for økte investeringer innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helse- og omsorgstjenesten, mangler Norge sammenlignbare data om kvaliteten for store deler av tjenestene.

Hovedtyngden av innsamlet datamateriale er knyttet til helseøkonomiske investeringer og resultater i form av aktivitet og produktivitet. Erfaringene med indikatorsystemene som ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2003, og pleie og omsorgstjenestene i 2005 viste at det var behov for et samlet nasjonalt rammeverk for kvalitetsindikatorer (Østby, 2011).

1.1 Kvalitetsindikatorsystem

Helsedirektoratet har ansvar for å etablere og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for primær- og spesialisthelsetjenesten, og det er i den sammenheng utviklet et overordnet rammeverk (Helsedirektoratet, 2010). Rammeverket tar utgangspunkt i kvalitetsindikatorprosjektet; *Health Care Quality Indicator Project*, som tar sikte på å finne indikatorer for helsetjenestens kvalitet, faktorer som påvirker folkehelsen og befolkningens helse (Kelley & Hurst, 2006). Det norske rammeverket definerer ikke hvilke indikatorer som skal benyttes, men peker på primærområder for kvalitetsmåling. En vanlig definisjon på kvalitetsindikator er: ... *et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles* (Meld. St. 10 (2012-2013), 2012, p. 96).

I rapporten «Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten» lister helsemyndighetene opp ulike formål for kvalitetsindikatorene:

- Fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring
- Helsepolitisk styring
- Virksomhetsstyring

- Benyttes av pasienter og brukere for å sammenligne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested (Helsedirektoratet, 2010).

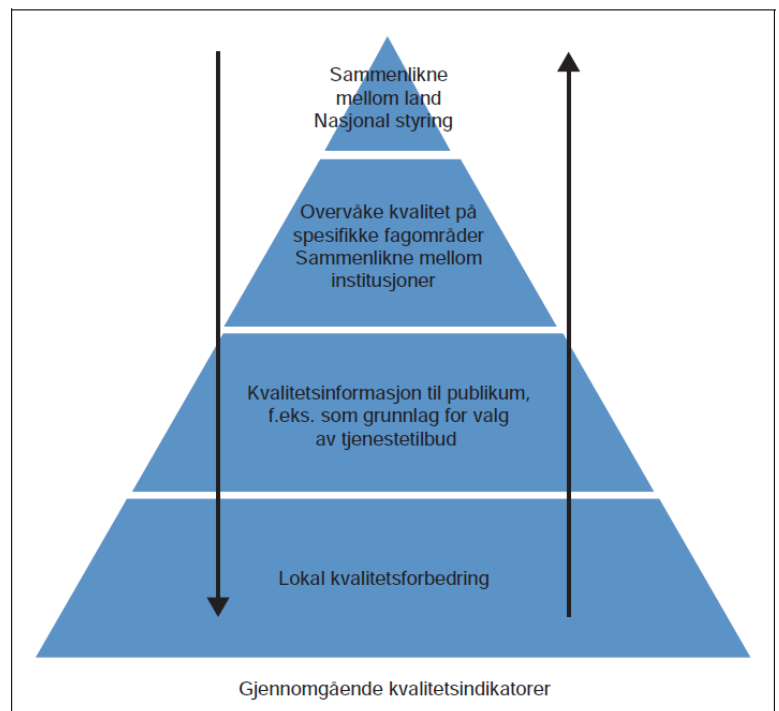
I Helsedirektoratets rapport hevdes det at et nasjonalt system for kvalitetsindikatorer har en stor samfunnsmessig interesse, og at systemets troverdighet er helt avhengig av at utviklings- og implementeringsprosessene er preget av åpenhet og faglighet.

Målgruppen for kvalitetsindikatorsystemet er både pasienter, ansatte og ledere på ulike nivå.

En god implementeringsprosess med involvering av helseledere og fagmiljø er nødvendig for å sikre forankring, tydelig ansvar og oppgavefordeling i forhold til kvalitetsmåling. Dette skal gi større nærhet til de som skal bruke data og resultater til egen kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2010).

Kvalitetsindikatorer kan benyttes til å overvåke, følge med på helsetjenestens struktur, organisasjon, viktige aspekter ved pasientforløpet, samt resultat av helsetjenestens ytelser for pasientene. Indikatorer kan sjelden stå alene, men kan brukes som ledd i en samlet vurdering.

Et sentralt mål ved kvalitetsmåling må være at resultatene kan benyttes til forbedringsarbeid. Dette oppnås best ved at en har et system som ivaretar at ... *resultatene blir evaluert og sammenlignet over tid i den enkelte virksomhet og mellom sykehus, regioner og mellom land. Resultatene bør være grunnlag for en benchmarking* (Helsedirektoratet, 2010, p. 4).



Figur 1 Kvalitetsindikatorer på ulike nivå; hentet fra Meld. St. 10 (2012-2013)

1.2 Insentiver for kvalitetsarbeid

Stoltenberg regjeringen varslet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011) at de i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet ønsket å se på om det var hensiktsmessig å innføre: *resultatbasert finansiering som et positivt insentiv i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet* (Meld. St. 10 (2012-2013), 2012, p. 67).

Helsedirektoratet har sett på erfaringer fra andre land, når det gjelder økonomiske insentivsystem for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Erfaringene kan ikke overføres direkte til Norge, men de har pekt på mulighetene som finnes for å lage resultatbasert finansiering.

I Stortingsmeldingen «God kvalitet – trygge tjenester» sier helse- og omsorgsdepartementet at det er viktig å finne en god balanse mellom krav til rapportering som er nødvendig for å følge opp helsepolitiske mål og å ivareta kvaliteten på tjenestene (Meld. St. 10 (2012-2013), 2012).

I forbindelse med samhandlingsreformen ble det benyttet økonomiske insentiver til å få utskrivningsklare pasienter raskere ut til kommunene (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Evaluering har vist at kommunene nå tar i mot utskrivningsklare pasienter langt raskere enn tidligere (Helsedirektoratet, 2014a).

I forslaget til statsbudsjett for 2014 ble det foreslått en forsøksordning med Kvalitetsbasert finansiering (KBF) (Prop. 1 S (2013-2014), 2013). Dette blir fulgt opp av Helsedirektoratet i en egen rapport der det beskrives hvordan forsøksordningen beregnes (Kiviluoto & Arneberg, 2013)

Med dette som utgangspunkt ønsker vi å se nærmere på hvordan mellomleder påvirkes av kvalitetsindikatorresultatene.

Oppgavens videre oppbygging:

I fortsettelsen av dette kapitlet beskrives; bakgrunn for valg av tema, oppsummering av noen sentrale studier og problemanalyse med problemstilling og avgrensninger. I kapittel to gjennomgås teori knyttet til begrepene; kvalitet, kvalitetsforbedring, kvalitetssystem og indikatorer. Kapittel tre beskriver valg av forskningsmetode og design samt den praktiske tilnærmingen som er gjennomført i studien. De mest sentrale funnene presenteres i kapittel fire. I kapittel fem diskuteres først forskningsmetoden før resultatene diskuteres opp mot den

aktuelle teorien. I kapittel seks trekkes konklusjon før det avslutningsvis gis anbefalinger til videre forskning.

Liste over forkortelser:

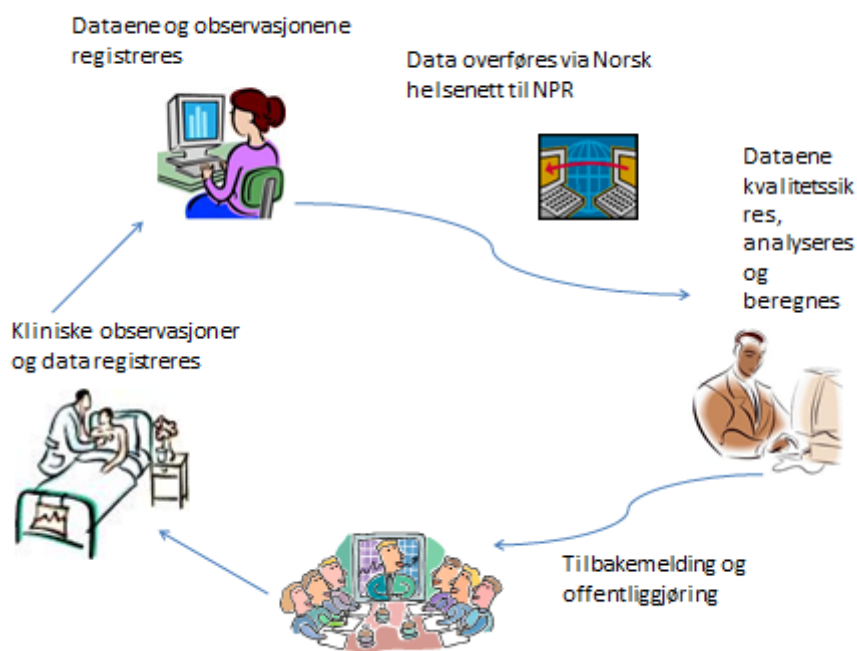
DIPS	Journalssystem levert av DIPS ASA (Distribuert informasjon og pasientdatasystem i sykehus)
EPJ	Elektronisk pasientsystem
ICD-10	Klassifikasjon av medisinske koder, benyttet i sykehus
IS	Informasjonssystem
ISF	Innsatsstyrt finansiering
KBF	Kvalitetsbasert finansiering
MDT	Multi disiplinære team
NCMP	Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer
NCSP	Norsk klassifikasjon av kirurgiske prosedyrer
NPR	Norsk pasientsystem
RIS	Røntgen informasjonssystem

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Norsk Pasientregister (NPR) er underlagt Helsedirektoratet og er et av Norges mest sentrale helseregister. Definisjoner, inklusjonskriterier og beregningsmåter ol. for kvalitetsindikatorerne finnes på nettstedet Helsenorge.no. Her foreligger ulike visninger av resultatene på kvalitetsmålingene av helsetjenestene ved ulike behandlingsteder i landet. Masterstudentene er gjennom sitt arbeidet ved Elektronisk pasientjournal – fagsenteret (EPJ senteret), kjent med at Helseforetakene er pålagt å rapportere blant annet aktivitet og

ventelistedata, via Norsk Helsenett, til NPR. Her gjennomføres det en retrospektiv analyse av alle kontaktene som har kreftdiagnose (ICD-10 kodeverket). For å angi hva slags undersøkelse/behandling som er gjennomført benyttes prosedyrekoder. Her er det to sentrale kodeverk. Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer, og tilsvarende for kirurgiske prosedyrer (NCMP og NCSP). Når henvisningsdato, vurderingsdato, kontakter med medisinsk kode og prosedyrekode foreligger kan tidsbruken i utredningsfasen beregnes. Indikatorresultatene brukes som styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjeder for personer som har denne type kreftsykdom.

Masterstudentenes erfaring er at helseforetakets ledelse og mellomledere stiller spørsmålsteget ved resultatene. Dette medfører at det brukes mye ressurser på å avdekke årsakene til avviket mellom egne og offisielle resultater.



Figur 2: Illustrasjon av hvordan dataene sendes fra sykehuset til NPR og kommer tilbake som indikatorresultat

Selv med noe erfaring i fortolking av resultatene oppleves manglende kompetanse på å forstå kompleksiteten rundt kvalitetsindikatorer. Hva er det som innvirker på hva? Hvorfor blir resultatene slik de blir? Hvordan påvirkes mellomlederne av resultatet? og kan organisasjonen og mellomledere påvirke resultatene?

1.3.1 Hva viser studier om kvalitetsindikatorer?

Internasjonalt er det gjennomført og publisert flere studier i forbindelse med bruk av kvalitetsindikatorer. Det er publisert både enkeltstudier og reviews som har sett på betydningen av indikatorresultatene. Det er her gjort en oppsummering av de studiene vi har funnet som er relevante i denne sammenheng.

Mainz, Hansen, Palshof, and Bartels (2009) beskriver en undersøkelse fra Danmark der de har fulgt pasienter med ulik kreftdiagnose gjennom flere år. Erfaringene fra perioden 2000-2008 tyder på at kvaliteten på behandlingen bedres over tid. Resultatene til klinikere som følges opp med systematisk tilsyn av måleresultater har ført til forbedringer. Undersøkelsen beskriver også at offentliggjøring av resultater av kvalitetsindikatorer kan ha effekt på kvaliteten på pleien.

Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, and Seim (2009) gjorde en gjennomgang av litteraturstudier fra helsetjenesten i sykehjem fra 7 land, og fant at utvikling av indikatorer er lite testet og tynt dokumentert. Studien anbefaler at det bør gjøres empirisk utprøving av indikatorene for å sikre indikatorenes gyldighet og pålitelighet over tid.

de Vos et al. (2009) har gjort en systematisk gjennomgang av 21 enkeltstudier og konkluderer med at dersom en ønsker å implementere kvalitetsindikatorer i daglig bruk, for å forbedre helsetjenestene i sykehus, så finnes det effektive strategier for implementasjon. Det finnes likevel betydelig variasjoner på metodene som er brukt og hvilket nivå en oppnådde i de ulike studiene.

Ketelaar Nicole et al. (2011) beskriver i sin undersøkelse at det offentliggjøres et økende antall resultater om hvordan f. eks sykehusene klarer seg eller hvilke resultater de oppnår, men en vet lite om hvordan denne informasjonen blir brukt eller i hvilken grad slik tilbakemelding endrer adferden for brukerne eller pasientene. En vet heller ikke mye om i hvilken grad resultatene påvirker fagfolkene eller sykehusene.

Flodgren, Pomey, Taber Sarah, and Eccles Martin (2011) hevder at det er for få høy-kvalitetsstudier som sier noe om effekten av eksterne målinger, og hvilke konsekvenser dette kan ha for organisasjonen eller pasientene. Dette kommer frem i en studie der de har sett på om eksterne eller tredjepartssystemer kan brukes for avklare om helsetjenesten etterlever en kunnskapsbasert standard. I sin litteraturgjennomgang ønsket de å finne dokumenterte effekter

på om ekstern kontroll, påvirket standarden på behandlingen. Det er lite kjent hvilke fordeler dette har for organisasjonen eller pasientene. En vet heller ikke så mye om dette er kostnadseffektivt. Undersøkelsen inkluderte kun to studier og det trekkes derfor ikke noen klar konklusjoner på effekten.

1.3.2 Problemanalyse

Forskningen viser at kvalitetsindikatorer for helsetjenestene er satt i system og tatt i bruk i flere land. Det er gjort forskning på området, og det hevdes at det finnes gode strategier for implementering av kvalitetsindikatorer. Det foreligger lite forskning som underbygger at kvalitetsindikatorer har positiv effekt på kvaliteten av tjenestene, og det stilles spørsmål ved indikatorenes validitet og reliabilitet. Det er behov for videreutvikling av indikatorene for å møte allment aksepterte standarder for målinger, og det er ofte nevnt at det er nødvendig å legge større vekt på måling av kvalitet og resultat.

Etter denne gjennomgangen er det mange problemstillinger rundt kvalitetsindikatorer som kan være interessante å undersøke. Det videre arbeidet er likevel avgrenset til å omhandle problemstillinger knyttet til oppfølging av indikatorer etter at resultatene foreligger.

Oppsummert viser litteraturgjennomgangen at:

- Flere hevder at en ikke kan si noe sikkert om betydningen av publisering av resultatene ved bruk av kvalitetsindikatorer.
- Man vet ikke om publisering av resultater endrer atferden til brukerne eller pasientene.
- Det kan ikke sies noe sikkert om bruk av indikatorer påvirker fagfolkene eller organisasjonene.
- En kjenner lite til hvordan resultatene blir brukt internt i organisasjonene, og i hvilken grad tilbakemelding av resultater fører til endring av adferd.

Nasjonale kvalitetsindikatorer sammenstilles og publiseres for at befolkningen skal få informasjon om ressursene som bevilges til helse- og omsorgssektoren. Pasienter og brukere må få informasjon om kvaliteten på de tjenestene. Virksomhetene må få tilgang til kvalitetsmålinger som grunnlag for eget kvalitetssikringsarbeid. Nasjonale helsemyndigheter

må få informasjon som muliggjør at ressursene settes inn der det trengs mest (Prop. 1 S (2012 - 2013), 2012).

I Norge er flere kvalitetsindikatorer under utvikling, og helsemyndighetene ønsker at resultatene av kvalitetsindikatorerne skal offentliggjøres for å få større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet.

Aktivitetsdataene fra sykehusene som indikatorresultatene bygger på kan være registrert ulikt fra avdeling til avdeling, og fra sykehus til sykehus. Sammenligning av resultatene kan derfor bli unyansert og feil. Masterstudentene har erfart at lokal tolkning av enkelt indikatorer kan påvirke resultatet. Interne arbeidsrutiner og flere informasjonssystem (IS) kan også bidra til feilrapportering. Eksempel på dette er registreringsrutiner i forhold til utredning av brystkreft. En del av undersøkelsen er mammografiscreening som gjennomføres på røntgenavdeling. Noen sykehus har røntgeninformasjonssystemet (RIS) som en modul i sykehusets EPJ løsning, andre har dette som egne RIS som ikke kommuniserer med EPJ. Rapporteringen blir derfor ulik fra de ulike sykehusene. Dette er en svakhet som også NPR er oppmerksom på og som de kommenterer i egen fotnote i kvalitetsindikatoren (Helsedirektoratet, 2013d).

Myndighetene ønsker å gjøre rapporteringen så lite arbeidskrevende som mulig for helse- og omsorgspersonellet, og sier arbeidsmengden kan reduseres gjennom å forenkle rapporteringsprosessen, og ta i bruk nye teknologiske løsninger. Det må ryddes opp i dobbelrapportering og unngå unødvendig rapportering (Meld. St. 10 (2012-2013), 2012).

Medieoppslag av indikatorresultatene kan forstås som en virkelighetsbeskrivelse (Granbo, Helljesen, & Kumano-Ensby, 2011), dette til tross for at helsedirektoratet uttrykker at en må tolke resultatene med varsomhet. Medienes bruk av indikatorresultatene kan påvirke publikum på feil grunnlag. Hvordan påvirker dette sykehusene?

EPJ-fagsenter erfarer at sykehuset bruker mye ressurser i å analysere og korrigere data for å oppnå bedre resultater. I tillegg må det brukes ressurser på undervisning av helsepersonell for å unngå feilregistreringer i forhold til de administrative data. Dette kan være data som ikke har noen relevans for tjenestens medisinske innhold og kvalitet Jfr. eksemplet med mammografi som foretas på røntgenavdeling. Dersom pasienten her skulle ha en tumor ved mammografi må henvisningsdata registreres i to systemer (RIS og EPJ). Bakgrunn for dette er at det ikke overføres henvisningsdata fra RIS til NPR. Det skal i utgangspunktet være samme

henvisningsdato, vurderingsdato osv. i begge systemene. Dette krever samkjøring av data og det må ofte korrigeres i ettertid dersom det ikke er registrert likt. Situasjonen har ingen konsekvenser for pasienten, men koster ekstra ressurs på sykehuset.

Resultatene må tolkes med forsiktighet ellers kan pasienter ta avgjørelser på feil grunnlag. Dersom det er forskjell i hvordan virksomhetene registrer opplysninger kan for eksempel angitt ventetid være feil.

1.3.3 Problemstilling

Kvalitetsindikatorer er beskrevet som et redskap i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, men litteraturgjennomgangen viser at en ikke kan si noe sikkert om hvordan indikatorresultatene påvirker pasienter, helsepersonell eller organisasjonene.

Problemstilling for prosjektet er:

Hvilke erfaringer har mellomledere ved et sykehus med kvalitetsindikatorer for kreftbehandling?

For å få svar på problemstillingen ble det stilt følgende forskningsspørsmål:

1. **Hvilke erfaringer har mellomlederne med kvalitetsindikatorresultatene?**
2. **Hvordan påvirker kvalitetsindikatorene endringer i rutiner og kvalitet i sykehuset?**

1.3.4 Avgrensninger

Temaet «Kvalitetsindikatorer» er stort og pr. i dag er det 33 kvalitetsindikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten som omfavner ulike problemområder. Det er flere av disse indikatorene som kunne ha vært aktuelle og sett nærmere på, men masteroppgavens størrelse krever en avgrensning.

Det diagnostiseres rundt 30 000 nye tilfeller av kreftsykdom i året, og dette er en økende pasientgruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Hvert år blir det utbetalt erstatning til over 130 pasienter på grunn av forsinket diagnose på kreft. Direktør i Norsk pasienterstatning sier: *Vi ser flere eksempler der alvorlige tilfeller kunne vært unngått med bedre rutiner og*

årvåkenhet fra helsetjenesten (Norsk pasienterstatning, 2014). Kreftbehandling er et satsningsområde og regjeringen har satt nye mål i forhold til å komme raskt i gang med utredning av kreftsykdom (Høie, 2013). Med bakgrunn i overnevnte ble det valgt å se nærmere på kvalitetsindikatorer for utredning og behandling av disse pasientgruppene.

Det videre arbeidet begrenses til å omhandle mellomlederens erfaringer med resultatene fra de tre prosessindikatorne «Start behandling av bryst -, lunge - og tykktarmskreft innen 20 dager». Indikatorne er relativt nye og ble godkjent i perioden fra mars til november 2011 (Helsedirektoratet, 2011a, 2011b, 2011c). Disse tre kvalitetsindikatorne blir heretter benevnt som kreftindikatorne.

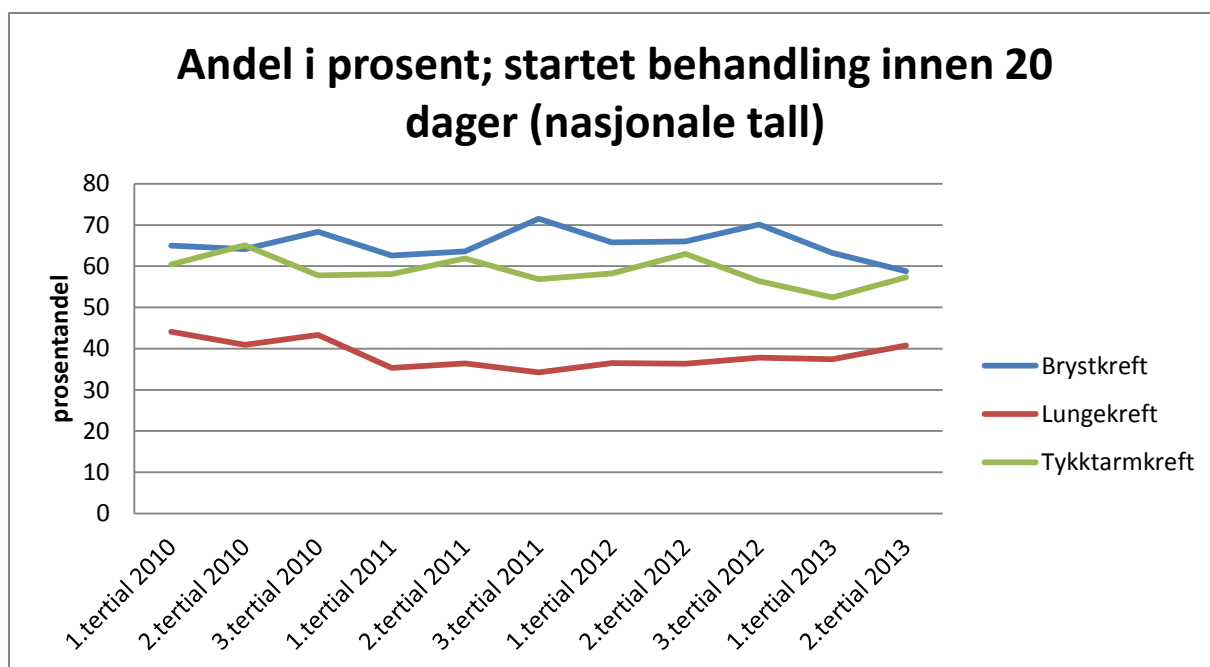
1.3.5 Kreftindikatorne

Resultatene fra kreftindikatorne kan uttrykkes på fire ulike måter.

- Antall pasienter som har startet behandling av den aktuelle kreftformen.
- Mediantid i løpedager fra henvisningen er mottatt til første behandlingsmodalitet (kirurgi, stråling eller cellegift)
- Mediantid i virkedager fra henvisningen er mottatt til første behandlingsmodalitet (kirurgi, stråling eller cellegift)
- Prosentandel av hvor mange som har startet behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt.

Myndighetenes målsetting er at 80 % av pasientene skal ha kommet i behandling innen 20 dager. I Figur 3 er de tre kreftindikatorne framstilt samlet, på nasjonalt nivå. Perioden er fra første tertial 2010 til andre tertial 2013, og inkluderer en periode på mer enn ett år, før indikatorne ble godkjent. Dataene er hentet fra helsenorge.no, der hver indikator kan framstilles pr. behandlingsted, pr. foretak eller på regionalt nivå.

På nasjonalt nivå er det liten utvikling i andelen som starter behandling innen 20 dager, men det er store ulikheter mellom helseforetakene (Helsedirektoratet, 2013c).



Figur 3: Andelen pasienter som har startet behandling innen 20 dager fordelt på bryst-/ lunge -/tykktarmkreft
Kilde: Helsedirektoratet (helsenorge.no)

1.3.6 Utvikling

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 -2015) beskrev nye og høyere krav enn tidligere til helseinstitusjoner og ledelse innenfor systematisk arbeid for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. I Figur 3 s. 12 vises utviklingen av de nasjonale tallene på andelen pasienter som har fått behandling innen 20 dager. Figuren viser indikatorresultatene over en tidshorisont på flere år. Det er ikke store endringer i perioden fra 2010 til andre tertial 2013. Dette kan indikere flere ting. En forklaring kan være at kreftindikatorne er relativt nye. Endring eller omstillinger i sykehusene kan være langvarige prosesser og det vil derfor ta tid før en ser dette omgjort i nasjonale tall. En annen forklaring kunne vært at indikatorresultater ikke har hatt noen praktisk betydning for det enkelte sykehus. Det vises fortsatt til lange ventelister i den offentlige debatten, og frem til nå har dette ikke fått konsekvenser i forhold til de økonomiske rammene for sykehusene. De siste tall fra Samdata viser at antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten øker (Huseby et al., 2013) og i følge Riksrevisjonen er det bare 15 % av pasientene som benytter ordningen «Fritt sykehusvalg» (Riksrevisjonen, 2011). Sykehusene har heller ikke blitt «økonomisk straffet» som følge av lave tall knyttet til kreftindikatorne. Men i forhold til andre indikatorer har Helse Vest vurdert økonomiske sanksjoner overfor helseforetak som ikke når målene (Prop. 1 S (2013-2014), 2013).

2.0 Teori

For å gjøre en undersøkelse på hvordan mellomledere erfarer bruk av kvalitetsindikatorer i sykehuset er det nødvendig å ha en forståelse av begrepene som benyttes i forhold til kvalitet i helsetjenesten. I det følgende kapitlet beskrives utvikling av kvalitetsbegrepet og teorier som legges til grunn for endring av kvalitet i helsetjenesten.

2.1 Hva er kvalitet?

Kvalitetsbegrepet har i de siste 50 årene utviklet seg fra et fokus på sikring av kvaliteten til et fokus på kontinuerlig utvikling og forbedring. Det er i dag internasjonalt anerkjent at det er helheten av egenskapene, tjenestene eller produktene som er avgjørende for kvalitetsvurderingen. I den Norske NS-EN ISO 9000:2005 defineres kvalitet som: *I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav* (Standard Norge, 2007, p. 4).

Kvalitet forbindes her med oppfylling av spesifikke krav til produkter eller tjenester og det å møte eller tilfredsstillte kundens eller brukerens behov og forventinger. En definisjon som er mer tilpasset helsetjenestene kan være: *kvalitet er evnen til å tilfredsstillte brukerens krav og forventinger* (Schreiner, 2004, p. 10).

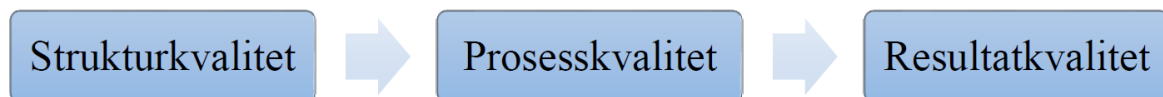
2.2 Kvalitet i helsetjenesten

Kvalitet i helsetjenestene er omtalt og definert på mange måter og publikasjoner viser at begrepet til tider har vært relativt bredt definert. Dette kan ha sammenheng med at man har forsøkt å inkludere det som til en hver tid har vært fokus i helsetjenestene. På 1960-70 ble kvalitet omtalt i forhold til å bedre adgang og fordeling av helsetjenestene, mens man i 1980 årene var mer opptatt av å inkludere økonomistyring og ressursforvaltning i begrepet (Grepperud, 2009). Det presenteres her et lite utvalg av teorier som er publisert de siste tiårene.

Basert på forskning og utvikling av kvalitet i helsetjenestene mente Donabedian (1988) at det vil være ulike oppfatninger og ulike definisjoner på kvalitet i helsetjenesten avhengig av hvor i helsesystemet man er lokalisert og hvilket ansvar man har. Medisinere, pasienter og resten

av samfunnet, vil ha forskjellige perspektiv og preferanser i forhold til kvalitetsvurdering på helsetjenestene. Donabedian hevdet at måling av kvalitet i helsetjenester måtte sees ut i fra situasjonen og om hjelpen var den beste som kunne gis på det aktuelle tidspunktet (Donabedian, 1988).

Hans teori bygger på at flere faktorer må ses i sammenheng for å få en helhetlig kvalitet innen helsetjenestene, og at kvaliteten på helsetjenestene fra et pasientperspektiv i hovedsak har tre aspekt: det tekniske, det organisatoriske og det mellommenneskelige miljøet. En ofte benyttet metode for å vurdere kvaliteten på helsetjenester er Donabedians modell, som kan fremstilles linjert (Donabedian, 1988). Resultatkvaliteten påvirkes av prosesskvaliteten, som igjen er avhengig av strukturkvaliteten.



Struktur viser til hvilke forutsetninger som ligger til grunn for utføring av helsetjenesten med tanke på kapasitet, organisering og kompetanse. Strukturbegrepet omfatter organisatoriske rammer som regelverk, planer og styring som ligger til grunn for helsesystemets organisering. Også fysiske ressurser i form av bygninger, personell og utstyr, og tilgjengelighet innbefattes i helsesystemets struktur.

Prosess omhandler virksomhetens indre aktivitet, og relateres til handlinger som inngår i pasientforløp som den direkte behandlingen, men også aktiviteter før og etter behandling. To prosesser som ofte nevnes er: kliniske og mellommenneskelig forhold. Kliniske forhold refererer til den faktiske medisinske behandlingen som gis. Mens mellommenneskelige forhold beskriver interaksjon mellom helsepersonell og pasient som for eksempel evnen til å gjøre pasienten trygg, vise forståelse, og ha empati med pasienten, men også samspillet mellom personell som yter tjenesten

Resultat har fokus på effekten helsehjelpen har på pasienten. Resultat beskriver konsekvensene av behandlingen, og viser hva som skjer, eller ikke skjer, etter prosessen. Helsegevinst og tilfredshet er eksempler på grupper av resultat. Disse kan splittes opp i mer spesifikke mål, som for eksempel overlevelsesgrad og prosentvis forbedring etter behandling.

Resultat må i en del situasjoner ses i lang tidshorisont, og må vurderes i sammenheng med påvirkning fra ytre faktorer.

De tre aspektenes forskjellige egenskaper gjør dem egnet til forskjellige formål, men dersom struktur og prosessdata skal være troverdige må det kunne vises til at de målte kriterier påvirker resultatet.

Blumenthal (1996) sier i en undersøkelse at ekspertene ikke har klart å bli enige om en kortfattet, meningsfull og generell definisjon av kvalitet i helsesektoren. Definisjonene var ofte komplekse og varierte mye. Utvikling og forståelse av begrepet må ses i sammenheng med samfunnsutviklingen og de offentlige forventninger som til enhver tid har blitt stilt ovenfor helsetjenestene. Kravene til den medisinske profesjon, og ytelse av hva helsetjenester skulle innebære hadde endret seg, og at det nå var forventet at helsetjenestene hadde kunnskap om å ivareta pasientens interesser på flere områder. Det ble forventet at leger skulle ta del i debatten om kvalitet i helsetjenesten og at de ville møte utfordringer fra politisk og økonomisk hold (Blumenthal, 1996).

Campbell, Roland, and Buetow (2000) mente det var nødvendig å splitte kvalitetsbegrepet i to dimensjoner: tilgang og effekt. På denne måten kunne man stille spørsmålene: har brukeren tilgang på den behandlingen han trenger, og i så fall gir behandlingen effekt? Dimensjonen effekt deles videre inn i to elementer som skiller mellom effekten av den kliniske behandlingen, og effekten av den interpersonelle omsorgen. Begge elementene må relateres til individuelle behov, og på denne måten kan kvalitet defineres i forhold til i hvilken grad en har tilgang til nødvendige helsetjenester, og hvor effektiv behandlingen er (Campbell et al., 2000).

Kvalitetsbegrepet omfattet etter hvert en større grad av brukerens perspektiv og individuelle opplevelser, og åpnet for at brukerne kunne uttale seg og påvirke de tjenester man skulle motta. I legeforeningens skriftserie «Kom i gang» sier Schreiner (2004) at kvaliteten av ytelse i helsevesenet kan deles i tre dimensjoner: faglig kvalitet, organisatorisk kvalitet og pasientopplevd kvalitet

- Faglig kvalitet er kjernen i enhver virksomhet, og den viser til om tjenesten oppfyller kravene fra helsemyndighetene, helsepersonell og brukerne.

- Organisatorisk kvalitet innebærer at tilgjengelige resurser benyttes mest mulig effektivt innenfor de rammer som er gitt.
- Pasientopplevd kvalitet er pasientens opplevelse og vurdering av helsetjenestens ytelser (Schreiner, 2004).

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... og bedre skal det bli (2005) sier at målet er at tjenestene er av god kvalitet, og at dette innebærer at sosial- og helsetjenestene tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Å bli møtt med respekt og omtanke, i kombinasjon med faglig god behandling, vil for de fleste være et uttrykk for god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Det høye antallet dimensjoner som inngår i Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsbegrep, gjør at helsetjenestekvalitet omfatter mange forhold. Uklarheter og et for omfattende innhold kan føre til at begrepet kvalitet i helsetjenesten ikke får et substansielt innhold.

I artikkelen «Kvalitet i helsetjenesten- hva menes egentlig?» blir det diskutert om kvalitet er et abstrakt og subjektivt begrep som ofte anvendes i sammenheng med helsetjenester.

Grepperud (2009) mener det kan være nyttig å dekomponere helsetjenestekvalitet i fire ulike hovedkategorier:

Medisinsk kvalitet - vedrører alle forbedringer i helse som følger av eller forventes å følge av behandling, samtidig som man tar hensyn til naturlige risikoer, muligheten for avvik og eventuelle bivirkninger. En rekke faktorer har betydning for den medisinske kvaliteten, bl.a. helsepersonellens utdanning og erfaring, fagmiljø, organisering og adgang til medisinsk utstyr. Dette betyr at både kvaliteten på humankapitalen (arbeidskraft), kvaliteten på realkapitalen (bygninger og utstyr) og hvordan disse to innsatsfaktorene er organisert, har betydning.

Omsorgskvalitet - omfatter forhold knyttet til helsepersonells opptreden, som ikke nødvendigvis trenger å ha en direkte konsekvens for den medisinske kvaliteten. Eksempler er at man møtes med respekt, får svar på spørsmål, informeres om relevante forhold samt at personalet opptrer omsorgsfullt. Omsorgskvalitet er altså først og fremst et resultat av hvordan omsorgsyterene opptrer.

Fasilitetskvalitet- reflekterer i hovedsak forhold ved den infrastrukturen som behandlerne disponerer, men som ikke nødvendigvis har noen direkte konsekvenser for den medisinske kvaliteten. Eksempler her er om det er adgang til enerom eller ei, romstandard, utsmykninger, rekreasjonsmuligheter, adgang til fjernsyn og PC, standarden på kjøkkentjenester og mulighetene for å ta imot pårørende. Innsatsfaktorene i produksjonen av fasilitetskvalitet vil altså i hovedsak være realkapital (bygninger og utstyr) og konsumgoder (PC og fjernsyn). Denne type kvalitet må også ses i sammenheng med etterspørselen etter helsetjenester. For eksempel vil det at det finnes enerom ikke bidra til en positiv brukeropplevelse hvis man ender opp som korridorpatient.

Varighet- behandlingens varighet er noe som verdsettes av brukerne – i den forstand at for uendret medisinsk kvalitet ønsker man at den tid det tar fra behovet for helsetjenester melder seg til behandling er avsluttet, skal være så kort som mulig. For brukerne vil lang ventetid (ventelister) og en behandling som strekker seg over «unødvendig» lang tid være faktorer som reduserer kvaliteten på helsetjenestene (Grepperud, 2009).

Rammeverket for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet benytter den samme oppsummering av hva god kvalitet innebærer som den tidligere nevnte Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, og legger til grunn følgende definisjon av kvalitetsbegrepet: *Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav, dvs. de krav vi allerede har i lov og forskrifts form* (Helsedirektoratet, 2010, p. 7)

Gjennom denne definisjonen av kvalitet forsøker Helsedirektoratet å bygge på samfunnets føringer, oppfylle lovverkets krav og gi best mulig tjeneste til brukeren ut fra et faglig perspektiv. Med dette trekkes flere komponenter inn, og definisjonen får et mer konkret innhold.

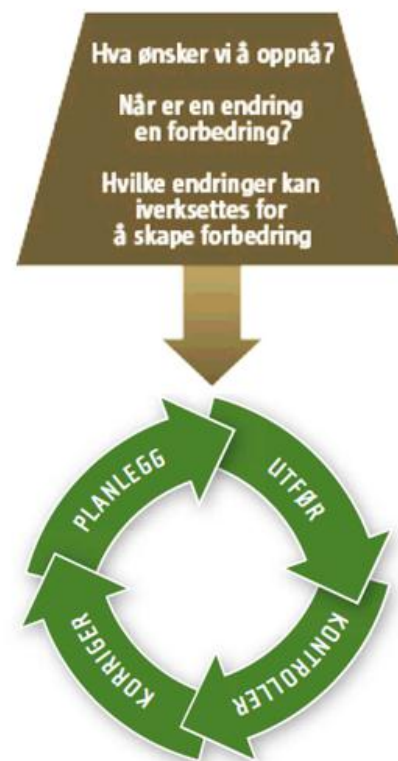
2.3 Modell for kvalitetsforbedring

Det finnes mye teori, kunnskap og erfaring om kvalitetsforbedring. Sosial- og helsedirektoratet sier i Nasjonal strategi ... og bedre skal det bli! at det i de siste ti årene i hovedsak har vært tre ulike tilnærminger til kvalitetsarbeid i helse- og sosialtjenesten.

- Fokus på helhetlige og effektive systemer for å sikre god kvalitet på tjenestene (for eksempel internkontroll, kvalitetssystem eller ISO sertifisering)
- Faglig eller klinisk tilnærming til arbeidet (f.eks. kliniske kvalitetsregistre og gjennombrudds metodikk)
- Brukeren i sentrum (for eksempel brukerpanel og brukerundersøkelser)

For å sikre forbedring i kvaliteten på helsetjenestene er det nødvendig å arbeide med flere tilnærminger og tiltak på ulike nivå samtidig. For å skape endringer som gir forbedringer kreves forbedringskunnskap som omfatter kunnskap om prosess, system, variasjon og måling. Det vil også være nødvendig med kunnskap om arbeids og endringspsykologi samt erfaringskunnskap for å oppnå endring samfunn og organisasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet som er innført i helsetjenesten skal bidra til å måle kvalitet på flere nivå og skal kontinuerlig videreutvikles og oppdateres. I utviklingen av dette systemet benytter kunnskapssenteret en internasjonalt mye brukt metode for kvalitetsforbedring. Metoden er utviklet av (Langley et al., 1996) og består av to deler. Den første delen inneholder tre grunnleggende spørsmål som bør stilles før man går i gang med forbedringstiltak. Den andre delen av modellen består av en forbedrings sirkel (ofte kalt Demings sirkel eller PDSA kvalitetshjul) Forkortelsen står for de forskjellige fasene i hjulet som er plan, do,



Figur 4. Model for kvalitetsforbedring (Langley, Nolan, Nolan, Norman, & Provost, 1996)

study, act , som på norsk oversettes med planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Dette er en syklisk framstilling av en forbedringsprosess hvor de ulike elementene er innbyrdes avhengig av hverandre. Sirkelens elementer kan benyttes for forbedringsarbeid både på politisk, administrativt og tjenestenivå i helse- og omsorgstjenesten der de forskjellige nivåene har behov for forskjellig data (kvalitetsindikatorer) for å løse sine oppgaver (Langley et al., 1996).

For å lære av feil og forbedre kvaliteten på tjenestene må vi ha kunnskap om kvaliteten, pasientsikkerheten og åpenhet om resultatene. Det skal legges større vekt på arbeid med kvalitetsforbedring på alle nivå i helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet skal integreres i den daglige virksomheten. Systemene for kvalitetsmåling skal forbedres og ledere skal etterspørre og følge opp resultatene. *Kvalitetsarbeidet skal føre til bedre helse, mer tilfredse pasienter og bedre ressursutnyttelse* (Meld. St. 10 (2012-2013), 2012, p. 9).

2.4 Kvalitetsindikator

Hvordan helsetjenesten kan måle kvaliteten på helsetjenestene er som tidligere nevnt under stadig utvikling, og det arbeides på nasjonalt og internasjonalt plan for å utvikle flere og bedre kvalitetsindikatorer som skal brukes i kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten.

Internasjonalt er det to begrep som blir benyttet: kvalitetsindikator og ytelsesindikator. Forskjellene er knyttet til bruksnivå og formålet med indikatorene. Ytelsesindikatorer brukes mest på overordnet beslutningsnivå til styringsformål i offentlig virksomhet og eventuelt til akkreditering, mens kvalitetsindikatorer brukes på praksisnivå (Freeman, 2002).

Kunnskapssenteret har i arbeidet med kvalitetsindikatorsystemet tatt utgangspunkt Donabedians tre aspekter i kvalitet, og har utviklet flere indikatorer innenfor hver av disse aspektene (Donabedian, 1988). Resultatmål kan påvirkes direkte og indirekte av struktur og prosess, og med en tydelig oppdeling av aspektene kan fortsatt resultatet være i fokus og man kan oppnå en bedre måling av de underliggende årsaker.

Kvalitetsindikatorresultatene er verktøy som gir de aktuelle interessentene mulighet til å undersøke om det skjer kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenestene.

I artikkelen «Verd å vite om kvalitetsindikatorer» beskrives kvalitetsindikatorer som en målbar størrelse som gir kunnskap om årsakssammenhenger mellom innsatsfaktorer, arbeidsprosesser og resultat. I helsevesenet kan dette brukes for å se om den helsehjelpen som gis er i samsvar med den beste tilgjengelige kunnskapen, og om denne gir noen helsegevinst for pasienten (Mathisen & Nordbø, 2011).

I den norske delen av spørreundersøkelsen NORPEQ (NORdic Patient Experiences Questionnaire) har man spurt etter pasienterfaringene etter somatisk sykehusopphold. 244 (48,8 %) besvarte undersøkelsen som var utført på et stort Universitetssykehus i Norge i 2006. De 8 spørsmålene inkluderer legers og sykepleiers kommunikasjonsevne, profesjonaliteten til lege og sykepleiere, sykepleien som ble gitt, evne til å vise interesse for pasientens problem, og å gi informasjon vedrører undersøkelsene som pasienten har vært gjennom. Undersøkelsens tema vedrører en generell pasienttilfredshet, og gir også tilbakemeldinger på ukorrekt behandling. Resultatene i undersøkelsen gav viktige aspekt på kommunikasjon, informasjon, og oppførsel. Denne bakgrunnsinformasjonen er brukt for å danne kvalitetsindikatorer for helsetjenesten på nasjonalt og internasjonalt plan (Oltedal et al., 2007)

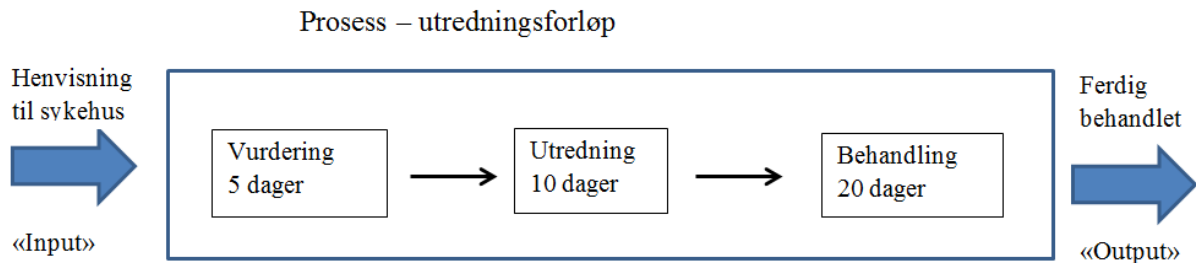
2.5 Prosessindikator

Kvalitetsindikatorer innen struktur, prosess og resultat kan benyttes til kvalitetsforbedring i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten. For å beskrive bruk av prosessindikatorer i behandlingen av kreftpasienter presenteres her begrepene prosess og prosessindikator.

Den Norske NS-EN ISO 9001:2008 defineres prosess som: *en aktivitet eller et sett av aktiviteter som bruker ressurser, og som styres for å omforme tilført grunnlag til resultater.* (Standard Norge, 2008). En annen definisjon er: *en rekke aktiviteter som henger sammen og som fører til et resultat* (Schreiner, 2004, p. 15).

Å fokusere på prosesser kan bidra til mer tydelige ansvarsområder, bedre styring på prosesser, og forbedring/fornyning av prosesser. Ved å se på daglige aktiviteter i organisasjonen som prosesser har vi et utgangspunkt for forbedringer. Alle prosesser har et startpunkt (input), etter en rekke ulike trinn ender prosessen med et resultat (output).

Innen behandling av kreftsykdom er det tatt i bruk prosessindikatorer på tre områder (bryst- lunge-, og tykktarmskreft) der indikatorene måler antall dager fra henvisning er mottatt, til behandling er startet. Henvisningen skal da bli vurdert, sykdom og symptomer utredet og behandling startet innen 20 dager.



Figur 5. Illustrer en prosess som er en kjede av etterfølgende aktiviteter – Her utredningsforløp. Inspirert av (Schreiner, 2004)

Prosessindikator skal beskrive pasientforløpets aktiviteter og gi et bilde av hva som gjennomføres av prosedyrer i pasientforløpet. Prosessindikatorerne uttrykker om pasienten har fått den ytelsen de bør, ut i fra referanseprogram eller kliniske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010).

2.6 Kvalitetssystem

Et kvalitetssystem er et styringsverktøy som bidrar til dokumentert orden i virksomhetens daglige aktivitet. Myndighetene stiller krav til helsetjenesten gjennom lover, forskrifter, nasjonale strategier og handlingsplaner som gjelder for alle helseforetak i landet. Årlig legges også føringer for helsetjenesten i oppdragsdokumentet fra departementet til de enkelte Regionale Helseforetak (RHF). Gjennom styringsdokumenter legger RHF føringer for kvalitetssystemer og forbedringsprosjekter i det enkelte Helseforetak (HF) for eksempel i form av regionale rutiner. I tillegg har hvert HF kvalitetssystemer som består av interne håndbøker, prosedyrer og rutiner. Kvalitetssystemene ligger til grunn for det daglige arbeidet som blir utført i virksomheten, og skal være et hjelpemiddel som støtter opp under hvordan det daglige arbeidet blir utført.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), fremgår det at en ønsker å utnytte de tilgjengelige ressurser som finnes, og å utnytte disse bedre. Både når det gjelder å utvikle bedre systemer for kvalitet, og å utnytte teknologien på best mulig måte. I tillegg til dette, vil en og ha bedre styring i dette arbeidet (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011).

Kvalitet i helsetjenestene påvirkes som nevnt av flere faktorer. Med bakgrunn i dette vil oppfatningen av hva som er den mest hensiktsmessige og beste behandling endres over tid. Offentlige føringer, medisinsk og teknologisk utvikling, ulike behandlingsmetoder og samfunnsutvikling medvirker til hvordan de forskjellige faktorene blir vektlagt og vurdert. Dette bidrar til at kvalitetsbegrepet er både verdiladet og subjektivt, og at kvalitet er vanskelig å måle.

3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives valg av metode og design, samt den praktiske tilnærmingen som er gjennomført i studien. Det gis en kort innføring av hvilke valg og avgrensninger som er gjort i forhold til kontekst og utvalg. Kvalitativ innholdsanalyse er brukt i analysen av dataene. Til slutt gjennomgås etiske vurderinger i forhold til studien. Metodediskusjon blir presentert i kapittel 5.

3.1 Kvalitativ metode og forskningsdesign

For å undersøke hvordan kvalitetsindikatorerne og indikatorresultatene erfares av mellomledere ble det vurdert som hensiktsmessig å benytte en kvalitativ undersøkelsesmetode og gjennomføre individuelle intervju. Et strategisk utvalg av informanter ble forespurt om å bidra med sin kunnskap, opplevelse og erfaring av hvordan de påvirkes av resultatene av utvalgte kvalitetsindikatorer.

Hensikten med å benytte en kvalitativ metode var å få innblikk i, og øke forståelsen for problemstillingen gjennom å analysere de erfaringer og opplevelser som informantene kunne beskrive. Kvalitativ forskningsmetode bygger på teori om menneskelig erfaring og fortolkning, og benyttes for å få økt kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011).

Ved bruk av kvalitative forskningsmetoder tas det sikte på å få frem informasjon fra praksisfeltet som ikke lar seg tallfeste eller måle på en enkel måte. Dette gjøres ved hjelp av analyse av de transkriberte dataene som foreligger fra intervjuene. Informasjon om mellomledernes erfaringer, tanker og meninger rundt problemformuleringen blir på denne måten analysert og satt sammen på ny måte for å kunne forstå sammenhenger i deres meninger og erfaringer. Ved hjelp av utdypende spørsmål kan nyanser i materialet komme fram og på denne måten øke forståelsen av tematikken. Ved hjelp av kvalitative metoder kan en gjøre forskning på områder der det er diffuse og sammensatte problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2009).

I studien benyttes deskriptivt forskningsdesign for å beskrive hvilke erfaringer mellomledere har med kvalitetsindikatorer og indikatorresultater i et sykehus. Resultatene av litteratursøkene i prosjektet kunne ikke si noe sikkert om hvordan bruk av kvalitetsindikatorer og resultatene av disse påvirker helsepersonell eller organisasjonene. Ved hjelp av beskrivende forskningsmetode som tar utgangspunkt i informantens sosiale naturlige miljø forsøkes det å gjengi deres opplevelse av virkeligheten på en mest mulig autentisk måte (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

3.2 Utvalg og kontekst

Da godkjenning for studien forelå fra organisasjonens forskningsavdeling ble oppstartsgodkjenning og nødvendig informasjon sendt til direktør for Medisinsk og Kirurgisk divisjon med forespørsel om å sende informasjonen videre til sine respektive ledergrupper. Inklusjonskriteriet for informantene var mellomledere ved avdelinger eller enheter som utredet og/eller behandlet pasienter med krefttypene som måles i nasjonale kvalitetsindikatorer. Det stilles i dag større krav til at ledere skal følge opp resultater fra målinger og bidra til kvalitetsforbedringer (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011). Det antas at mellomlederne på disse avdelinger har erfaringer med kvalitetsindikatorer og indikatorresultatene, og derfor kan være en ressursgruppe i arbeidet med å finne ny kunnskap om hvordan de erfarer og påvirkes av indikatorresultatene. Det ble videre antatt at mellomlederne kunne påvirke og beslutte endring av arbeidsrutiner ved sin enhet seksjonsoverleger/avdelingsoverleger og avdelingssykepleiere var aktuelle kandidater. Det ble med utgangspunkt i dette listet opp 16 potensielle kandidater og 11 av disse ble forespurt.

Kandidatene reagerte ulikt på forespørselen. To svarte positivt ved den første telefonhenvendelsen. Tre mente at de satt for «langt i fra» den kliniske hverdagen og ba oss kontakte ledere på organisasjonsnivået «under». En følte seg ikke kompetent til å delta da vedkommende var i et kort vikariat. En mellomleder ønsket ikke å delta som informant. Noen av kandidatene måtte pusses pr. telefon og epost før de responderte og ga et muntlig samtykke til å delta.

Tiden som var til rådighet for gjennomføring av studien og rapportskrivning var begrenset, og det var derfor nødvendig å avgrense antall informanter til færre enn 10 person (Johannessen et

al., 2010). Mengden innsamlet datamateriale måtte holdes på et håndterbart nivå i forhold til at alt skulle transkriberes og analyseres. Det ble på bakgrunn av dette ikke foretatt flere henvendelser etter at 6 kandidater hadde takket ja til å delta i studien. Utvalget kan karakteriseres som et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2010). Informantene ble kontaktet etter hvert, og det ble fortløpende avklart hvem som kunne delta. Alle 6 informantene oppfylte inklusjonskriteriene som var satt i forhold til hvilke mellomledere i sykehuset som kunne gi best mulig svar på problemstillingene og forskningsspørsmålene.

3.3 Forberedelser

I planleggingen av studiet ble det utformet en prosjektbeskrivelse og et informasjonsskriv (vedlegg 1) som ga informantene innsikt i tema, og den planlagte gjennomføringen av studien. Det har vært viktig å vurdere de etiske forholdene rundt studien i hele prosessen og informasjonsskrivet inneholdt derfor opplysninger om frivillig deltakelse, ivaretagelse av informantenes anonymitet og hvordan innsamlet data vil bli behandlet og oppbevart. En foreløpig intervjuguide ble utviklet med bakgrunn i problemstillinger som var lite belyst i den gjennomgatte litteraturen. Informasjonsskriv og intervjuguide ble lagt ved søknad til godkjenningsorganene Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Fakultetets etiske komité (FEK).

For å sikre at intervjuene skulle være fokusert på tema og gi rik informasjon i forhold til problemområdet ble det vurdert som hensiktsmessig å benytte en semi-strukturert intervjuform. Intervjuguiden (vedlegg 2) ble utarbeidet i samsvar med problemstilling og forskningsspørsmål, og ble senere videreutviklet med utdypende oppfølgingsspørsmål for å kvalitetssikre at alle informantene var innom de samme temaene.

Bruk av opptaksutstyr bidrar til å sikre at all informasjon som blir gitt i intervjuene blir fanget opp. For å ivareta dette ble det lånt en Sony IC recorder (senere omtalt som «opptaker»).

De aktuelle kandidatene ble kontaktet medio desember 2013 etter at de hadde fått tilsendt oppstarts godkjenning fra sin divisjonsdirektør. Første kontakt var telefonisk med en kort informasjon om prosjektet. De fikk her tilbud om mer informasjon i epost før de tok stilling til deltagelse i prosjektet. Invitasjonen til deltagelse, med forskningsavdelingens

oppstartstillatelse (vedlegg 3) samt informasjonsskrivet ble sendt i epost umiddelbart etter samtalene. Dette for at de skulle kunne sette seg inn i problemstilling, og tema før de tok stilling til deltagelse.

3.4 Pilotundersøkelse

Det ble gjennomført et pilotintervju for å teste om intervjuguiden var tilstrekkelig omfattende for å kunne gi svar på problemstillingen. Utprøving av teknisk utstyr, fordeling av roller mellom intervjuerne samt å få erfaring på tidsbruk var også viktige faktorer i denne undersøkelsen. Pilot-informanten fikk tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring til gjennomlesing noen dager i forkant for å kunne gi tilbakemeldinger på om dette var god og forståelig informasjon. Under intervjuet ble det benyttet digital opptaker for å samle informasjonen som ble gitt. Pilotintervjuet ble forsøkt gjennomført så realistisk som mulig, med en kollega som sa seg villig til å delta. Vedkommende er overlege med lang erfaring fra både kliniske og administrative stillinger. Pilotintervjuet ble ikke transkribert, men det ble foretatt en oppsummering og diskusjon i forhold til om intervjuet hadde gitt svar på problemstillingen. Erfaringer fra piloten førte til mindre justeringer i informasjonsskrivet og intervjuguiden.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

For å få innsikt i informantenes arbeidshverdag ble det vektlagt å stille åpne spørsmål som ga informanten mulighet til å fortelle om sin opplevelse. Det ble også benyttet utfyllende spørsmål der det var behov for mer nyansert informasjon. Digital lydopptaker ble benyttet, og det ble gitt informasjon om når opptakeren ble slått på, og når den ved slutten av intervjuet ble slått av. De fleste intervjuene ble gjennomført i lokaler borte fra sengepost og poliklinikk for å skjerme informantene fra avbrytelser. To av intervjuene ble gjennomført i nærhet til klinisk virksomhet, da informantene ønsket dette. For å underbygge troverdigheten i studien ble alle informanter presentert for de samme tema og spørsmål som var utviklet basert på litteraturen og forskningsspørsmålene. Semi- strukturert intervjuform tillater at en kan gå litt frem og

tilbake mellom spørsmålsstillingene og variere rekkefølgen (Johannessen et al., 2010), noe som gjorde at informantene fikk fortelle fritt innenfor hvert tema.

Ved oppstart av intervjuene fikk informantene informasjonsskrivet til gjennomlesning, og samtykke ble undertegnet. De ble også forelagt en utskrift av den aktuelle nasjonale kvalitetsindikatoren for sitt fagområde. De fleste så over teksten og ga uttrykk for at de kjente til at kreftpasienter skulle i behandling innen 20 dager. Det ble gitt en kort presentasjon av masterstudentene og bakgrunn for undersøkelsens tema. Informantene fikk utlevert en forenklet intervjuguide.

Det ble på bakgrunn av at masterstudentene og informantene som jobber ved samme sykehus gjennomført en rolleavklaring. Da de involverte kan ha en forforståelse av hverandres roller ble det presisert at intervjuerne i denne sammenheng er studenter, og at opplysninger som ble gitt i intervjuet ville bli anonymisert og ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner eller avdeling.

På bakgrunn av uklarheter i forhold til hvordan kvalitetsindikatorresultatene blir tatt ut og behandlet valgte studentene under alle intervjuene å gi opplysninger om hvordan det retrospektivt ble beregnet en andel pasienter som hadde fått behandling innen 20 dager, fra henvisningen var mottatt ved sykehuset.

Opptakene ble oppbevart i låsbar skuff på kontoret til en av masterstudentene i mellom intervjuene og fram til alt materialet var transkribert.

3.6 Transkriberingen

Intervjuene ble transkribert ord for ord, også kremting, latter og nonverbale uttrykk ble dokumentert. Transkribering var en del av det å gjøre seg kjent med datamaterialet og ble derfor gjennomført av masterstudentene selv. Arbeidet ble gjort fortløpende og senest innen en uke etter at intervjuene var gjennomført.

Masterstudentene har transkribert tre intervjuer hver. Tre av lydfilene ble overført til programvaren NVIVO, da det var støtte for redusert avspillingshastighet i programvaren. De tre andre lydfilene ble transkribert ved avspilling av opptakeren. I de transkriberte

dokumentene ble informasjonen anonymisert ved at gjenkjennbare utsagn, dialekt osv. ble omskrevet. For å kunne gjøre en analyse av innholdet i teksten ble alle dokumentene samlet i analyseverktøyet NVIVO og gjennomlest flere ganger.

3.7 Analysen

Det ble ved hjelp av NVIVO gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse. Alt transkribert materiale ble kondensert og abstrahert til sub-kategorier og kategorier. Det finnes flere ulike teknikker og dataverktøy som kan benyttes for systematisering av data ved innholdsanalyse. Begrepene som anvendes i forhold til prosedyrer, tolkning og troverdighet i studien er i samsvar med Graneheim og Lundmans metode for kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

For å kunne trekke ut hva teksten sier er det gjennomført en manifest innholdsanalyse av det transkriberte materialet. Alt innhold i teksten ble gjennomgått, analysert og kodet flere ganger, og det er forsøkt å definere de åpenbare komponentene i dataene.

For å sikre en felles forståelse av innholdet ble alle intervjuene gjennomlest av begge masterstudentene. Det første intervjuet ble deretter gjennomgått og analysert i felleskap, for å identifisere det meningsbærende innholdet i dataene. Det ble med utgangspunktet i dette intervjuet identifisert 27 tentative koder (Nodes). Problemstillinger ble diskutert underveis til for å oppnå enighet om forståelse av innhold og betydning av kodene. For å øke påliteligheten til kodene ble også kodeverk og innhold sendt til gjennomgang hos veileder.

Intervjuet nr.2 ble analysert og kodet individuelt, av begge masterstudentene. Deretter ble analysene sammenholdt og diskutert i forhold til hvordan utsagn kunne forstås. Prosessen endte med økt antall koder og en bedre felles forståelse av innholdet.

Samme fremgangsmåte ble valgt på de resterende intervjuene. Individuell gjennomlesning og analyse, og deretter diskusjon av koding i felleskap. Noen koder var lite konkret eller spisset og det var derfor vanskelig å huske eller å se forskjell. Eksempelvis «rutine endring» og «endring i rutine og organisasjon». Innholdet i kodene ble på ny gjennomlest, og navnssetting på kodene ble revidert. Dette resulterte i at noe av innholdet ble flyttet til andre koder.

For å få bedre oversikt over materialet ble kodene med det meningsbærende innholdet skrevet ut. På bakgrunn av felles forståelse av innhold i kodene ble kodene abstrahert til sub-kategorier. Informasjonsmengden i materialet var stor og det ble nødvendig å skille ut enkelte sub-kategorier som ble ansett som uaktuelle for det videre arbeidet. Utskillingen ble gjort med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål. De aktuelle sub-kategorier ble til slutt samlet i kategorier som videre ble benyttet i framstillingen av resultatene.

Tabell 1 Noen eksempel på hvordan analyse er gjennomført fra meningsenhet til kategorier

Meningsenhet	Kondensert meningsinnhold	Kode	Sub-kategori	Kategori
- prøver å gjennomføre vurderingen innen en eller to dager, - og så biopsitakingen etter en til to uker, av og til det går litt fortere, og av og til blir det litt lengre	- utfordringer med vurderingstid - tidsangivelse på undersøkelse	Beskrivelse av utredningsforløp	Utredning og teknologisk utvikling	Endring og rutiner og kvalitet
bedre røntgendiagnostikk, bedre bilder der man ser mer	Bedre bildekvalitet	Konsekvens av teknologisk utvikling		
Vi har jo en kreftkoordinator som er knytta opp mot oss	Endring av arbeidsrutiner		Rutine endring	

3.8 Troverdighet i kvalitativ forskning

Gjennom valg av forskningsmetode, utvalg og analysemetode er det forsøkt å oppnå troverdighet i studien. Det er det lagt vekt på å finne de mest betydningsfulle utsagnene fra informantene og presentere disse på en reell og sannsynlig måte i studiens resultatdel. Valg av begrep i studien er gjort med bakgrunn i Graneheim og Lundmans (2004) anbefaling om at begreper som er knyttet til den kvalitative forskningstradisjon bør benyttes ved rapportering av funn i studier med kvalitativ innholdsanalyse. Analysearbeidet er også beskrevet relativt detaljert for å styrke leserens tillit og troverdighet til studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det er forsøkt å finne mest mulig adekvate meningsenheter og lage dekkende kategorier for å underbygge troverdigheten. Det er i resultatene presentert en del direkte sitat fra informantene som skal bekrefte kategoriene. Der det benyttes flere forskjellige sitat rundt samme problemstilling er dette gjort for å illustrere bredden av kategoriene.

Ved hjelp av å benytte intervjuguide ble påliteligheten forsøkt styrket gjennom å stille samme spørsmål i forhold til de samme temaene til alle informantene. Den på forhånd avklarte rollefordelingen ble også opprettholdt gjennom alle intervjuene. For å forebygge at fokuset ble endret på grunn av større innsikt i arbeidet, ble det gjennomført små oppsummeringer etter hvert intervju. I analysearbeidet ble også diskusjon og refleksjon viktige bidrag for å holde fokus. Kort innsamlingstid (2 uker) reduserer trusselen om inkonsistente data, som kan oppstå dersom tidsperioden for datainnsamlingen blir for lang. Det er under arbeidet ikke systematisk utelatt relevant informasjon.

Ved å sørge for noe variasjon i rollene (seksjonsoverleger / avdelingsoverleger og avdelingssykepleiere) til de utvalgte informantene er det forsøkt å ivareta overførbarhet i forhold til utvalg og data innsamling. Kontekst er mellomledere på sykehus, og det er ikke gjennomført inklusjon eller eksklusjoner i form av kjønn, alder, utdanning, men studien er avgrenset til forhold til enheter som utfører utredning og behandling. Analysen av dataene som er forsøkt gjennomført etter modell av Graneheim og Lundman er relativt detaljert gjengitt.

3.9 Etiske overveielser

Studien er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Det er lagt vekt på å ivareta informantenes anonymitet ved at datamaterialet ikke inneholder navn, kjønn, alder, stilling, sosial status eller andre ting som kan identifisere informanten. All gjengivelse av sitater er forsøkt gjengitt slik at informantene ikke kan identifiseres. Det er kun masterstudentene som har tilgang til opptakene av intervjuene. Lydfiler og transkribert materiale vil bli slettet i henhold til kravet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) den 12.6.14.

Det ble vektlagt at alle formelle godkjenninger skulle være på plass før en tok kontakt med potensielle informanter. I informasjonsskrivet som var utarbeidet i forbindelse med studiet, ble det presisert at det er frivillig å delta. Intervjuobjektene kunne når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Alle informantene har gitt skriftlig samtykke på at de har forstått informasjonen som var gitt og at de ikke har motforestillinger til at sitater fra intervjuet blir gjengitt.

Studien er godkjent i Fakultetets etiske komité ved Universitetet i Agder 22.11.13 og av NSD, Personvernombudet for forskning den 15.11.13 (vedlegg 4). Lokal godkjenning hos personvernombud og forskningsdirektør hos aktuelle helseforetak den 29.11.13. før vi fikk oppstartstillatelse fra divisjonsdirektør. 11.12.13

4.0 Resultat av undersøkelsen

Resultatene presenteres i tre hovedkategorier. Først blir informantenes kjennskap til og erfaring med kvalitetsindikatorerne for kreftbehandling presentert, deretter deres erfaring og vurdering av indikatorresultatene, og til slutt presenteres endringer i rutiner og organisasjon som kan assosieres med kreftindikatorerne.

4.1 Kjennskap til kreftindikatorerne

På spørsmål om informantene kjente kvalitetsindikatorerne for oppstart av behandling innen 20 dager var det variasjon i svarene fra: *ja, vi kjenner begrepene og vi jobber med det til dette er ikke noe jeg har sett eller fått beskrevet før... men vi har hatt møter om de 20 dagene.*

Når det gjelder myndighetenes intensjon med å innføre kvalitetsindikatorer hadde informantene forståelse for at det er behov for å ha kontroll med helsetjenestene. Dette ble beskrevet som: *ja, intensjonen er åpenbart god. Det er både ønske og behov om å styre og ha kontroll.*

Flere av informantene nevner usikkerhet ved dataene som indikatorerne bygger på og uttrykker dette på følgende måte: *'Jeg viste ikke hvordan de hadde tatt ut dataene'*. Det vises også til diskusjoner i fagmiljøene der en har vært usikker på hva som menes med begrepet «dager», slik som: *man kan diskutere om det er virkedager, om det er minus helg eller med helg?*

Noen informanter problematiserte at indikatorerne ikke gir pasienten nye rettigheter da dette ikke er nedfelt i noen forskrift eller direktiv.

Informantenes svar på om kvalitetsindikatorerne var tema på lokale fellesmøter, regionale og nasjonale fora varierte fra: *nei, egentlig ikke, vi snakker jo av og til om det, til det er et «hot» tema.* Det ble også gitt ulike svar på om det utveksles erfaringer mellom fagmiljøene, når det gjelder prosesser og resultater knyttet til indikatorerne.

En informant hadde kjennskap til en av fagpersonene i rådgivningsgruppen som hadde utarbeidet indikatorerne.

Informantene nevnte at de kjente den regionale rutinen om merking av henvisning i EPJ. Det ble vist til at merkingen kunne overstyres av vurderende lege og at rutinen kan være en støtte ved innkalling av pasienter: *leger kan sette kreftforløp som en «kode» på henvisningen, og da kommer den i en spesiell bolk hos oss. Interne leger vurderer om dette er et reelt kreftforløp, eller om de bare har gjort det i håp om at pasienten skal komme inn tidligere.*

Det blir nevnt av flere at det var reaksjoner knyttet til «disse 20 dagers greiene». En formidlet: *det var stor oppstandelse, hvordan en i alle dager skulle få dette til. ... nå skulle vi pålegges enda mer uten mer ressurser.* Den samme informant sa senere at situasjonen hadde endret seg: *Men når det ble satt i system så vi at det faktisk fungerte.*

Det ble poengtert fra en av informantene at ikke alle pasientene som utredes får en kreftdiagnose. Når en utredet kreft vil det være pasienter som blir utredet uten at de får kreftdiagnose, men prioriteringen av kreftpasienter påvirker ventetiden for andre grupper.

4.2 Kjennskap til indikatorresultatene

Informantenes kjennskap til indikatorresultatene varierte. Noen hadde undersøkt og innhentet informasjon på nettet eller lest i avisen. Andre var ukjent med hvor denne informasjonen kunne finnes.

Informantene uttrykte at de var positive til publisering av resultatene. Noen av informantene uttrykte likevel en bekymring: *... det er bra med åpenhet, men det er vanskelig hvis det fører til masse støy som ikke fører til en bedre helsetjeneste.*

Flere nevner at offentliggjøring er viktig og trekker fram forhold som at: *Det er greit å sammenligne seg med andre, og ta kontakt for faglig samarbeid og utveksling av erfaringer.* Noen uttaler også: *Vi er ekstremt opptatt av, og slår oss på brystet når vi føler at vi har vært gode, og ditto rive oss i håret når vi ser at andre er bedre enn oss*

En av informantene reflekterer rundt publisering og uttrykker det på følgende måte: *Man får en følelse av om man må skjerpe seg eller om det er bra. Det tror jeg er nyttig og det fører til at man gjør noe.*

På spørsmål om hvordan informantene tror at indikatorresultatene på eget sykehus var i forhold til andre sykehus svarte en: ... *ikke dårligere enn de som det er naturlig å sammenligne med*. En annen sa: *Jeg tror vi ligger på gjennomsnittet eller bedre*. En informant var mer opptatt av kvaliteten på tjenesten, enn resultatene og uttrykte: *noen sykehus har bedre tall og andre har dårligere tall. Men jeg er fornøyd med kvaliteten og det vi gjør for våre pasienter. Det kan jeg stå inne for*.

På spørsmål om resultatene fra indikatorene oppfattes som gyldige svarer informantene forskjellig. Flere nevner at de er usikre på hvilke registreringer i EPJ som benyttes og sier følgende: *Jeg vet ikke hvordan det her blir registrert i dag*. Enkelte er kritiske til registreringene, og en sier følgende: *Jeg har ikke kontroll med tallene, og aner ikke hva som blir lagt inn hvor i DIPS*. Noen påpeker at det er subjektive vurderinger som gjøres av enkeltpersoner, og at dette kan ha betydning på hvordan resultatene blir.

Noen reflekterte videre rundt temaet underveis i intervjuet og en uttalte: *DIPS er et bra verktøy og det er vel relativt enkelt å få god validering på det. Med kreftforløpet er det enkelt å se når henvisningen er mottatt, og operasjon eller cellekur tas så tallene der burde jo være gode*.

I forhold til opplevelse av måloppnåelse nevnes problematikk med at indikator viser et samlet tall for behandlingsstedet eller sykehuset. Flere av informantene påpeker at de bare har ansvar for deler av prosessen og uttrykker dette på denne måten: *...hadde jeg kunnet følge hver eneste pasient fra A til Å, så hadde det kanskje blitt viktigere for meg. Men jeg er bare en liten brikke i et stort spill*. Enkelte informanter mener at ikke alle avdelinger har like stort fokus på å få pasientene gjennom utredningen i løpet av 20 dager.

Noen informanter presiserer at de på sin avdeling strekker seg langt i behandlingen og har fokus på omsorgen og oppfølgingen av pasient og pårørende.

På spørsmål om informantene blir stilt krav til, eller blir utfordret på noen måte får tilbakemelding i forhold til indikatorresultatene varierer svarene. En sier *Jeg blir konfrontert med tallene. Dette tar tid, men det er heldigvis ikke ofte*. En annen uttaler: *det er ikke alltid like enkelt å nå alt som det blir stilt krav til, så da kan det være litt pes*. Flere av informantene opplyser at de ikke blir utfordret på resultatene.

Resultatene blir publisert på behandlingsted/sykehusnivå, dette blir problematisert av flere informanter ettersom de hadde bare hadde ansvar for deler av utredningsforløpet. En uttrykker dette slik: *det som er frustrerende for meg er at, ved «end of the day», så kommer det en rapport, og de pasientene som jeg måles på er ikke bare mitt ansvar... skulle gjerne hatt tall... – fra de er henvist til meg – til noe skjer.*

Ulike avdelinger kan ha ansvar for hver sin del av pasientforløpet, og flere kommenterte at en mer oppdelt fremstilling av resultatene ville ha vært mer nyttig.

Enkelte av informantene var opptatt av å få fram at det har vært en utvikling og poengterer at: *Vi gjør veldig godt arbeid. Dersom vi tar historien i betraktning så har vi blitt veldig mye bedre de siste par årene på forløp.* Avdelingen hadde tidligere fått tilbakemelding på at andelen med merkede henvisninger var lav. Dette forklarte han på følgende måte:

Uansett om vi merket det k-forløpet eller ikke, så fanget koordinatoren det opp. Hun hadde kontroll, pasientene fikk de timene, de operasjonene, og de vurderingene de skulle ha. Dermed var vi nok litt sløve med å merke til å begynne med. Nå tror jeg det er veldig mye bedre merking

4.3 Endring i rutine og kvalitet

I intervjuene sier flere av informantene at det hadde vært andre faktorer som hadde påvirket arbeidet med kvalitetsforbedring. Her nevnes: Innføringen av Multidisiplinære Team (MDT), prioriteringsveiledere, nasjonale handlingsprogram og krav om pasientforløp.

De fleste informantene fortalte at det var gjennomført endringer i organisasjonen etter at kvalitetsindikatorne ble tatt i bruk. Her nevnes endringer i registreringsrutiner i DIPS, og at arbeidet var organisert annerledes for eksempel med utvidet «hastepoliklinikk». Det nevnes også at det er opprettet en dagpost, som brukes i kreftutredningen. Det ble anslått at denne ble opprettet omtrent i den tiden kvalitetsindikatorne ble godkjent. Flere enheter har ansatt pasientkoordinator eller kreftkoordinatorer og forteller at de i kreftutredning nå kan disponere egne timer til røntgenundersøkelser. Dette forenkler planleggingen av pasientforløpene. En informant sier at koordinatoren har fått tilgang til timebooking i røntgeninformasjonssystemet (RIS) På tilsvarende måte løses utfordringene på operasjonskapasitet: *det var kapasitet på*

operasjonsstuen, som vi fikk lov til å administrere. Dersom pasienten skal opereres, er det allerede holdt av en plass på operasjonsprogrammet.

Faste tverrfaglige møter (MDT) der spesialister planlegger den enkelte pasients forløp på tvers av avdelinger, er også et eksempel på endringer. En av informantene forteller at de har hatt møter mellom avdelinger for å få bedre struktur på pasientforløpene. Dette har gitt endringer og det vises til klarere sameheng og bedre ansvarsavklaring. Tidligere var pasientforløp et ikke eksisterende begrep.

Flere informanter påpeker at innføringen av koordinatorene har gitt positive effekter på de ansatte sin arbeidshverdag. Tidligere var det vanskelig å følge opp pasientene på tvers av organisatoriske enheter. Koordinatorens inntreden har gitt økt trygghet for at pasienten blir ivaretatt. En forteller at koordinatoren har gitt avlastning og sier dette slik: *jeg trengte en som holdt den røde tråden for hver pasient, og det og har vært kvalitetsmessig fantastisk*

Flere av informantene forteller at endringene som er gjennomført har påvirket pasientene. Rask oppfølging og god informasjonsflyt samt at de har en koordinator som de kan ringe til, påvirker hvordan pasienten opplever sykdomstiden.

Pasienttilfredsheten er en trukket frem som en viktig faktor for informantenes endringsarbeid.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet presenteres først en diskusjon av forskningsmetoden som er benyttet i studien. Deretter diskuteres resultatene sortert i kategorier, opp i mot aktuell teori.

5.1 Metodediskusjon

I kvalitativ forskning er en ikke opptatt av å generalisere resultater, men å finne svar som har overførbarhet. Forskning som blir gjennomført i kontrollerte lab-forsøk har størst generaliserbarhet, ettersom en kan kontrollere alle variablene. Denne type forskning har redusert overførbarhet til andre situasjoner der alle faktorer ikke kan kontrolleres på samme måte (Malterud, 2011). Kvalitativ forskningsmetode er her benyttet fordi den gir mulighet til å gi øket forståelse og innsikten i problemområdet som det er forsket lite på. Metoden gir mulighet til fleksibilitet og endringer etter hvert som forskningsarbeidet gjennomføres. Eksempel på dette kan være at en er mindre bundet av en fast rekkefølge på spørsmålene i intervju situasjonene, og en kan stille supplerende spørsmål for å få mer nyansert informasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). I studien er det benyttet semi-strukturert intervjuguide for å sikre at alle informantene blir stilt de samme spørsmålene. Rekkefølge og sammenheng de ble stilt i varierte da målet var å la informantene snakke fritt, og at nyanser i deres erfaringer skulle kom fram. Fleksibiliteten i metoden kan på denne måten medføre at informantene legger forskjellige mening i spørsmålene og har forskjellig forståelse av de temaene som blir tatt opp. Varierende innfallsvinkel og forståelse av problemområdet bidrar til at studien fanger opp de naturlige forskjeller som alltid vil være i en gruppe, og sikrer utfyllende og rik informasjon. En svakhet ved å benytte få informanter kan være at man får lite nyansert informasjon dersom informantene har relativt likt utgangspunkt. Ved bruk av strategisk utvalg ble allikevel variasjoner ivaretatt ved å inkluderte forskjellige profesjoner og fagområder som kan gjenspeile ulik erfaring og kjennskap til problemområdet. Intervju av et stort antall personer ivaretar naturlige variasjoner i utvalget på samme måte, men vil også bidra til en større mengde datamateriale som krever mer av forskeren (Johannessen et al., 2010). Kontekst, utvalg og antall informanter for studier må derfor vurderes i forhold til resurs og mulighet for god analyse av materialet. For undersøkelser som fokuserer på likhet mer enn

variasjon kan andre metoder velges, og innhenting av informasjon kan da styres blant annet gjennom utvalg, kontekst og fast struktur i intervjuene.

For å tilrettelegge for god intervjusituasjon ble informantene tilbudt å gjennomføre intervjuet i lokaler fysisk adskilt fra det kliniske arbeidet. To informanter valgte allikevel å la seg intervju på sin daglige arbeidsplass, noe som medførte noe støy og avbrytelser. Dette kan ha redusert mulighetene for gode refleksjoner.

Styrken ved manifest innholdsanalyse er at man ved hjelp av utsagn kan finne den sentrale mening i det informantene sa. Ulempen ved analyseformen kan være at utilsiktet fortolkning kan medføre svakheter og feil i abstraheringen. Utsagn fra informantene ble forsøkt bevart tett opp mot virkeligheten uten noen form for tolkning (kondensering). Mulighet for tolkninger og misforståelser er allikevel en fare i arbeid som utføres av mennesker, og det ble derfor gjort grundige drøftinger i felleskap for å sikre en felles forståelse av hva informanten la i utsagnene. Kondenserte utsagn ble gruppert i sub-kategorier og senere samlet til kategorier. Dette øker konsistensen mellom datainnsamling og analyse og styrker studiens pålitelighet. Funnene presenteres under de ulike kategoriene. Det er vektlagt lojalitet til analysemetoden ved at den er fulgt trinn for trinn, og det er ikke bevist eller systematisk fjernet informasjon.

Det hevdes at reliabilitet og validitet er hensiktsmessige konsepter for å oppnå stringens i kvalitativ forskning (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). Bruk av begrepene har blitt diskutert av flere. Long og Johnson (2002) påpeker at validitet og reliabilitet har samme avgjørende betydning uavhengig av forskningstradisjon (Long & Johnson, 2002). Denne studien benytter allikevel begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet som Graneheim og Lundman (2004) hevder er gode redskaper for å beskrive troverdighet og er anvendbare i den kvalitative forskningstradisjon. For å underbygge troverdigheten i arbeidet som er gjennomført gis en beskrivelse av forskningsmetoden, og hvordan studien er bygd opp. Grundig beskrivelse av gjennomføringen og analysen er også faktorer som kan påvirke studiens troverdighet. At problemstilling og forskningsspørsmål er bygget opp rundt tidligere forskning og støttes av funn i litteraturen underbygger studiens troverdighet. Studiens overførbarhet er forsøkt i varetatt gjennom beskrivelse av utgangspunkt for problemstillingen, kontekst og strategisk variasjon i utvalget. Dette er faktorer som påvirker om studien kan

overføres til andre institusjoner eller offentlige instanser. Gjenkjennbar navnsetting av kategoriene vil kunne påvirke leserens oppfatning av studiens overførbarhet.

I all forskning er integritet og rolle til den som gjennomfører studien av betydning i forhold til hvordan de etiske vurderingene blir gjennomført. Masterstudentene har forskjellig bakgrunn og erfaring. En har jobbet ved sykehuset i over 20 år og kjenner organisasjonen godt. Den andre har erfaring og kunnskap fra ulike forvaltningsorgan innen helse og omsorgssektoren. Den forskjellige bakgrunnen har bidratt til gode innspill og drøftinger underveis i prosessen. Det kan være en styrke i det å være to tilstede i intervjuene, og dette kan medvirke til å sikre at forståelse av hva som faktisk ble sagt i intervjuene blir riktig. Samtidig er det også en svakhet ved det å være flere tilstede fordi det kan bli en forstyrrende faktor, og maktbalansen i intervjusituasjonen kan bli forskjøvet. På bakgrunn av at masterstudentene og informantene jobber ved samme sykehus var det nødvendig å gjennomføre en rolleavklaring i starten av hvert intervju. Her ble faren for en gjensidig forforståelse tatt opp, og det ble avklart at studentenes mål og intensjon med studien ikke har sammenheng med det daglige arbeidet. I studien kunne masterstudentenes opptreden påvirke hva og hvilke svar informantene ga. Dette kunne skje ved f.eks. å gi sterke bekræftelser på noen svar, og på denne måten få informanten til å tro at det er dette som er riktig eller at det er dette man vil vite noe om. Dette kan også oppstå dersom den som gjennomfører studien innehar en spesiell kompetanse innenfor et område som han/hun ønsker å undersøke mer. Gjennom bekræftelse eller tilbakemelding til informanten vil dette kunne påvirke informanten. I intervjusituasjonene ble det klart at informantene opplevde forhold rundt kvalitetsindikatorernes validitet som uklart. Det ble derfor gitt informasjon om hvordan kvalitetsindikatorresultatene retrospektivt blir sammenstilt. Faren ved å gi opplysninger til informant underveis i intervjuet er at det kan forstyrre styrkeforholdet mellom informant og intervjuer. På den andre siden sett kan en argumentere for at denne informasjonen ivaretar informantens integritet, ved at han ikke blir «avkled» eller føler seg dum, dersom han ikke har kunnskap om emnet. Masterstudentenes vurdering var at det å gi denne informasjonen var helt avgjørende for å kunne innhente ytterligere informasjon om informantenes vurdering av indikatorresultatenes validitet. Bevissthet knyttet til masterstudentenes atferd og rolle var derfor viktig. Forskeren kan bli oppfattet til å være den sterke part i intervjusituasjonen, ettersom han/hun har satt seg inn i området/temaet. Bevissthet knyttet til eget atferd og rolle er derfor viktig (Kvale &

Brinkmann, 2009). Hovedpoenget med studien er å få ny kunnskap, men dette må balanseres mot hva som allerede er kjent pr i dag.

5.2 Diskusjon av resultatene

Kapittelet er delt inn i tre deler etter kategoriene i resultatdelen. I første del diskuteres kjennskap til kreftindikatorne. Deretter diskuteres mellomledernes erfaring til selve indikatorne, før neste del tar for kjennskap og bruk av indikatorresultatene. Til slutt diskuteres endringer i rutiner og kvalitet.

5.2.1 Kjennskap til kreftindikatorne

I innledningen av intervjuene ble det bekreftet at alle informantene kjente til begrepet «kvalitetsindikator». De fleste assosierte det imidlertid med indikatorer som er eldre og omhandler korridorpasienter og epikrisetid ettersom sykehuset hadde hatt utfordringer på disse områdene. Det var disse indikatorne som sammen med fristbrudd, og lange ventetider hadde hatt størst fokus på sykehuset de siste årene.

Ikke alle informantene hadde sett indikatornes skriftlige utforming før den ble lagt fram til intervjuet, men de bekreftet allikevel at de kjente til indikatorne. Begrepene som ble benyttet ved beskrivelse av hvordan avdelingene jobbet med dette var ikke entydige, og indikatorne ble blant annet omtalt som 20 dagers regelen. Lite samstemt ordbruk kan tyde på at retningslinjer og overordnede føringer går inn i hverandre, og at ordene forløpsgaranti, forløpsmal og kreftforløpsindikator forbindes med kvalitetsindikatorne men knyttes også til andre tiltak som er iverksatt. I det daglige arbeidet ble det lagt vekt på en regional rutine som omhandler merking av henvisninger. Rutinen bidrar til at henvisninger av pasienter med kreft blir raskt identifisert og prioritert for videre utredning og behandling. Rutinen kan oppfattes som et ledd i å oppnå målene i indikatorne, men kan også være opprettet uavhengig av indikatorne for å kunne håndtere kravene i prioriteringsveilederen. Organisasjonens behov for å redusere vurderingstiden for å unngå at kreftpasienter blir satt på venteliste kan også være medvirkende årsaker til at rutinen har fått stort fokus. Ord og begreper som forveksles kan være et tegn på at det er en klar sammenheng mellom flere tiltak som gjør at

mellomledere ikke skiller dem og alt omtales samlet som «20 dagers greiene». Diffus omtale av indikatorene kan være et tegn på at mellomledernes kjennskap til innhold og anvendelse av indikatorene er mangelfull, eller at sykehuset har vektlagt å nå ut med informasjon om den regionale rutinen, uten at bakgrunnen for rutinen har kommet like godt frem. Sammenhengen mellom rutine for merking, pasientforløp og indikator ble av en av mellomlederne omtalt som et «sammensurium».

For å drive forbedringsarbeid må en ha kjennskap til både hva som blir målt, og resultatene av selve målingene. Flere var usikre på hva som var ment med begrepene i indikatorene og viste til diskusjoner i fagmiljøene om hvordan dager telles. Usikkerhet i forhold til hvordan data blir hentet ut av systemet ble også nevnt. Uten kunnskap om disse faktorene kan det antas at det er vanskelig å gjennomføre endringer som må til for å oppnå bedre resultat på indikatormålingene. Til tross for dette kan man ut fra Sosial- og helsedirektoratets utsagn om at det er nødvendig å arbeide med flere tilnærminger og tiltak på ulike nivå samtidig for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. En kan derfor se arbeid med rutinen for merking, pasientflytarbeidet og indikatorene i en større sammenheng som sammen bidrar til forbedringer. Hypotesen i utvelgelsen av informanter var at mellomlederne var representanter som kunne påvirke eller beslutte endringer som var nødvendige for å bedre indikatorresultatet. På bakgrunn av dette vil det være naturlig at de kontinuerlig må forholde seg til flere kvalitetssystemer, og at det kan være vanskelig å se noe tydelig skille mellom disse.

Det ble beskrevet stor variasjon i hvordan mellomlederne forholder seg til indikatorene. Indikatorene definerer antall dager for arbeidet som skal utføres, men enkelte uttaler at kvaliteten i tjenesten er viktigere enn om det blir utført innenfor et bestemt antall dager. Man er her jf. Donabedian (1988) opptatt av god struktur og prosess for å oppnå godt resultat. Utsagnet kan forstås som en motsetning til myndighetenes intensjon om å starte behandling innen 20 dager, men kan også ses i samsvar med Grepperud sin (2009) dekomponering av kvalitetsbegrepet som omtaler medisinsk kvalitet som et resultat av helsepersonells erfaringer, fagmiljøets organisering og tilgangen til medisinsk utstyr. Medisinsk kvalitet er i motsetning til antall dager, ofte umulig for pasienten å observere, da det omhandler kvalitet på den medisinske behandlingen og behandlerens kompetanse. Det ble presisert at antall dager før behandlingsstart er mindre viktig enn selve kvaliteten eller omfanget på utredningen. Flere grundige undersøkelser vil ta tid, men det kan spare pasienten for eventuelle reoperasjoner. Utsagnet strider mot målsettingen i indikatorene og det må tas med i betraktningen at den

medisinske kvaliteten kan ha sterk påvirkning på varighetsfaktoren til Grepperud (2009). Varighetsfaktoren kan antas å bli verdsatt av pasienten da det her handler om tid fra behovet for helsehjelp oppsto til behandling er avsluttet. Pasientene har her ikke mulighet til å vurdere om det er hensiktsmessig at tiden for vurdering og utredning overstiger det anbefalte tidsperspektivet i indikatorene, og er avhengig av at avdelingen også yter god omsorgskvalitet ved å gi informasjon om at bruk av tid i «her og nå» situasjonen bidrar til å unngå nye sykdomsperioder senere. Sterke fagmiljø som ikke lar overordnede føringer overstyre faglige vurderinger kan på denne måten komme dårlig ut på indikatormålingene, men vil allikevel over tid bidra positivt i forhold til kvalitetsmessige og økonomiske forhold ved at de i større grad unngår reinnleggelser og ytterligere helseplager for pasienten.

Faglige utfordringer i forhold til rutinen for merking av henvisninger problematiseres av mellomlederne da enkelte pasienter prioriteres framfor andre uten at det kan garanteres at det er de alvorligst syke som blir prioritert. Rutinen er et regionalt virkemiddel for å nå målene i indikatorene, og viser til normerte forløpstider der vurdering av henvisning skal være gjort innen 5 virkedager, oppstart utredning innen 10 dager og oppstart behandling innen 20 dager jf. indikatormålene. Rutinen krever ikke mere resurser eller at flere skal behandles, men er en omorganisering av pasientadministreringen for å unngå lange ventetider for alvorlig syke. Rutinen kan defineres som et kvalitetssystem og kan bidra til dokumentert orden i virksomhetens daglige aktivitet. Den kan også fungere som et hjelpemiddel og støtte i forhold til hvordan henvisningene skal organiseres. Endringen har ikke annen innvirkning på arbeidshverdagen til helsepersonellet enn at de nå må ta hånd om de prioriterte pasientene før andre pasientgrupper. Systemet er et ledd i en forbedringsprosess og medfører endringer i den eksisterende strukturen til tross for at kompetanse og kapasitet ikke er endret. I følge Donabedians (1988) teori vil omorganiseringen påvirke strukturen ved at tilgjengeligheten til helsetjenester endres for pasientene. I dette tilfellet vil endringen fra pasientens ståsted kunne være positiv for noen, men også framstå som negativ for de som ikke prioriteres og dermed blir stående lengre på venteliste.

Målene i indikatorene om at 80 % av pasientene skal være i behandling innen 20 dager er nevnt i flere overordnede strategier. Det ble bemerket at dette ikke er pålagt virksomhetene i form av forskrift, og heller ikke et lovfestet krav for pasientene jf. pasient og brukerrettighetsloven. Indikatorene samsvarer heller ikke med prioriteringsveileder for kreft

som sier at henvisninger skal være vurdert innen 30 dager og ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør ikke vurderingstiden overstige 15 dager. Kreftindikatorene med «oppstart av behandling innen 20 dager» blir oppfattet som et politisk mål, og utsagnet kan tolkes som at det er andre overordnede føringer som vektlegges mer. Mellomledernes posisjon i organisasjonen gir noe rom for at de selv kan definere hvilke føringer som skal legges til grunn i arbeidet for å oppnå god kvalitet i tjenesten. En informant uttaler at de styres mer av de nasjonale handlingsprogrammene enn indikatorsystemet. Enkelte av mellomlederne reflekterte over den danske ordningen med 48 timer fra mistanke om kreft til diagnosen er satt, og stiller spørsmål ved om et slikt system gir garanti om bedre kvalitet da det fortsatt vil være tidkrevende å utrede sykdomsbildet før behandling kan begynne. I blant annet strategidokumentet «Sammen mot kreft» (2013) er det definert at det i kreftomsorgen er viktig å komme raskt i gang med behandling, og i 2010 gjorde Helsetilsynet (2010) en vurdering av risikobildet, og konkluderte med at sen diagnostikk, mangler ved informasjonsflyten, kontinuitet i arbeidet er blant de viktigste risikofaktorene i kreftbehandlingen. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at ved å etterstrebe redusert tid i prosessen, med vurdering, utredning og behandling vil behandlingstilbudet for kreftpasienter gi bedre kvalitet og bedre resultater både på kreftindikatorene og på målinger av overlevelse.

Undersøkelsen indikerer at det er begrenset med erfaringsutveksling mellom sykehusene ettersom det bare var en informant som kunne henvise til diskusjon på et nasjonalt fagmøte om hva som ble gjort på de ulike sykehus. Helseminister Høie forventer at sykehusene lærer av hverandre. *Når et sykehus oppfyller styringskravet om forløpstider innen kreftbehandling, så bør andre sykehus lære av dem. Benchmarking, sammenligning mellom sykehus og mellom regioner fører til åpenhet og forbedringer* (Høie, 2014).

5.2.2 Kjennskap til indikatorresultatene

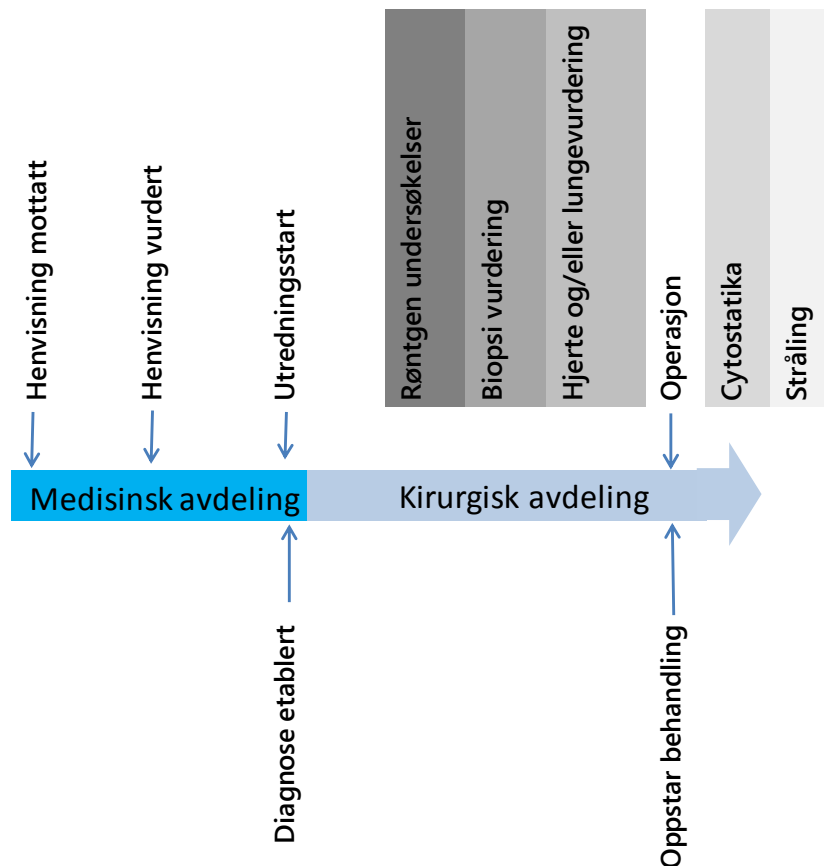
Det var varierende hvor mye kjennskap informantene hadde til indikatorresultatene flere hadde fått informasjon om dette via media og trodde at de lå på gjennomsnittet eller litt bedre.

På den ene siden bør dette fremstå som en bekymring for organisasjonen, for i følge Demings sirkel må en kontrollere for å få kjennskap til resultatene (Langley et al., 1996). Dersom kontroll uteblir vil en ikke kunne vite noe om resultatene. Når mellomlederne ikke kjenner

resultatene vil en altså ikke kunne planlegge eller utføre korrigerende tiltak. Konsekvensen av dette kan bli sementering eller manglende utvikling av rutinene. Informantene beskriver likevel at det er gjennomført flere endringer i organisasjonen og man kan derfor stille spørsmål om Demings sirkel ikke er gyldig. Dette kan indikere at det er andre faktorer som ligger til grunn for endringene som er beskrevet. For det første omhandler undersøkelsen bare erfaringer fra seks mellomledere. Det er mulig at indikatorresultatene er bedre kjent i organisasjonen for eksempel på et høyere ledernivå. Det kommer ikke frem i undersøkelsen hvem som har initiert de endringene som er beskrevet. Noe av dette kan være iverksatt av sykehusets ledelse. Dersom endringene er initiert fra et høyere nivå i organisasjonen som kjenner resultatene, vil dette understøtte Demings sirkels gyldighet. For det andre kan det være at det ikke er behov for detaljkunnskap om indikatorresultatene for å få gjennomført endringer. For eksempel kom det frem i intervjuene at de lenge hadde snakket om flaskehalsen ved røntgenavdelingen. Den manglende kapasiteten var velkjent fra den kliniske arbeidshverdagen. De trengte ikke indikatorresultat for å identifisere at dette måtte korrigeres, for å få en smidig kreftutredning. For det tredje er det utviklet nasjonale handlingsprogrammer, veiledere og strategier - mot kreft. Informantene beskriver at de kjenner til disse. Ettersom MDT og indikatorene er nevnt i nasjonale handlingsplaner vil en kjennskap til disse være godt nok grunnlag til å initiere endringer, uten å ha kunnskap om indikatorresultatene.

Selv om kjennskapen til resultatene var begrenset var det flere som påpekte at indikatorresultatene ble beregnet og fremstilt pr. behandlingssted eller sykehus. Ulike avdelinger kan ha ansvar for hver sin del av pasientforløpet, og flere kommenterte at en mer oppdelt fremstilling av resultatene ville ha vært mer nyttig ettersom de da lettere kan ta fatt i de utfordringene som de selv har ansvar for. For eksempel har lungeavdelingen hovedansvar for lungekreftutredningen. Men de er avhengig av røntgenkapasitet for å få gjennomført lungebiopsi, CT (Computer tomografi) og eventuelt PET (Positronemisjonstomografi). Patologisk avdeling vurderer biopsisvarene som er nødvendig for å avklare hva som er optimal behandling. En eventuell cytostatika-behandling gjennomfører de selv, men dersom første behandlingsmodalitet er stråling eller operasjon er de avhengig av andre avdelingers kapasitet. Et annet eksempel er utredningen ved tykktarmskreft. De fleste tykktarmskreftpasientene blir operert, og kirurgisk avdeling har ansvar for å starte behandlingen innen 20 dager. Se forenklet fremstilling av utredningsforløpet se Figur 6, side

45. Antall dager som medgår til vurdering av henvisning, og start av utredning på medisinsk avdeling, påvirker antall dager kirurgisk avdeling har til rådighet for å komme under 20 dager. En viss andel av pasientene har strålebehandling og cytostatika som første behandlingsmodalitet og disse blir gjennomført utenfor kirurgisk avdeling.



Figur 6: Utredningsforløp tykktarmskreft, med tre alternative behandlingsmodaliteter - forenklet fremstilling.

Resultater presentert på lavere nivå vil kunne avdekke sykehusets interne flaskehalser på samme måte som de nasjonale tallene skal avdekke hvordan de ulike sykehusene gjør det i forhold til hverandre. En måte å avdekke interne flaskehalser er å presentere data på intervallene «vurdert innen 5 dager» og «startet utredning innen 10 dager», i tillegg til dagens løsning som oppgir andel «startet behandling innen 20 dager». En annen innfallsvinkel kunne være å se på differanser mellom de ulike behandlingsmodalitetene, på hver krefttype. For å avdekke om andelen pasienter med «startet av behandling innen 20 dager» er ulik for modalitetene; kirurgi, stråling og cellegift. Svakheten med offentliggjøring av resultater på avdelingsnivå er sensitivitet, ettersom det kan føre til mindre enheter blir avdekket som

mindre effektive og en får en gapestokk effekt. På den andre siden blir det i dag offentliggjort ventetider for ulike sykdomsgrupper på sykehusvalg.no. Altså eksisterer det allerede en ordning der avdelinger kan oppleve at de blir satt i gapestokk.

Dagens løsning der hvert fagområde utarbeider gode forløp for den delen som de har administrativt ansvar for, har gitt positive effekter, men her kan det være et potensiale som ikke er tatt ut. Det kommer frem i intervjuene konkrete forbedringsforslag, men fordi disse er avdelingsovergripende, gir det inntrykk av at dette må tas opp på et høyere nivå dersom det skal kunne løses.

Donabedian (1988) sier at for å få god prosesskvalitet må det foreligge gode strukturer. I denne sammenheng blir det viktig med gode planer og styring av pasientforløpene. Grepperud (2009) sier noe av det samme i sin artikkel. God organisering av humankapitalen og realkapitalen er bestanddeler eller faktorer som må være tilstede for å kunne oppnå en god medisinsk kvalitet. Noen informanter presiserer at de på sin avdeling strekker seg langt i for å øke pasienttilfredsheten. Opprettingen av koordinatorstillingen har bidratt positivt til dette med blant annet å gi pasienten mulighet til og nå en navngitt person via telefon som kan kontaktes ved spørsmål, ekstra time for pasienten (og pårørende) ved poliklinikk med gjennomgang av hva som er gjort og hva som skal skje videre. Dette samsvarer på mange måter med omsorgsdimensjon til Grepperud (2009).

Enkelte av mellomlederne opplevde at ikke alle avdelinger var med og bidro til å løse pasientlogistikken, men er mer opptatt av sin egen «helhet». Altså at de har andre hensyn/pasienter som krever annen prioritering. Sykehus er ofte store komplekse organisasjoner som kan ha ulike aktører som konkurrerer om ressurser og innflytelse. Interessekonflikter kan oppstå ved uenighet om virkemiddel og mål og ressursfordeling (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Mellomledernes opplevelse kan passe inn i et slikt bilde. Kapasiteter på operasjonsstuen er et knapphetsgode. Fordelingen av operasjonsstuer mellom fagområdene og hvor stor andel av tiden må være forbeholdt øyeblikkelig hjelp? Slike avklareringer er eksempler på valg som må tas og som det alltid vil være ulike syn på.

I følge Mintzberg (1979) handler ledelse om mellommenneskelig relasjoner, overføring av informasjon og beslutningstaking. I større organisasjoner kan det være motstridende ønsker i hvordan bedriften skal utvikle seg. Sykehussektoren er et eksempel på det profesjonelle

byråkrati (Mintzberg, 1979). En av ulempene med en slik organisasjon er at det lett kan oppstå gnisninger mellom profesjonene som kan ha ulike mål eller som ønsker å benytte ulike tiltak for å nå et felles mål. Mellomlederne som mener at ikke alle er like opptatt av å nå oppstart av behandling innen 20 dager, ser dette ut fra sitt ståsted. Det kan også være medisinske valg og begrunnelser for at andre mellomledere velger slik de gjør. Gode hensikter eller intensjoner kan kreve ulike prioriteringer innenfor de enkelte fagfelt, og dette kan derfor fremstå som manglende vilje.

Selv om flere informanter uttaler at kreftkoordinatoren bidrar positivt for å sikre gode overganger mellom avdelingene, kommer det likevel frem at pasientforløpsarbeidet er best ivaretatt i innenfor den enkelte avdeling. Faste timer i timebøkene og reserverte timer som er dedikert for nyoppdaget kreft er eksempler på dette. Men noen informanter mente at en burde gå lenger i pasientforløpsarbeidet slik at det dekker hele perioden fra henvisning mottatt til første behandlingsmodalitet er gjennomført. Dette vil være helt i tråd med det som Grepperud (2009) omtaler som varighetskvalitet. Donabedian (1988) ville ha sagt at god struktur ligger til grunn for gode prosesser. Altså at pasienten får best mulig resultat dersom det foreligger en god plan som sikrer en god prosess. Campbell et al. (2000) definerte kvalitet i forhold til tilgang til nødvendig helsetjeneste og hvor effektiv behandlingen er. En kan forstå det slik at dersom utredning eller behandlingsforløpet gjennom sykehuset ikke er optimalt eller blir forlenget, vil det kunne påvirke pasientens opplevelse av tilgang.

Innledningsvis i intervjuet var de fleste usikre på validiteten på kvalitetsindikatorresultatene. Dette kan ha sammenheng med at de ikke hadde sikker kjennskap til resultatene og kjente heller ikke nok til hvordan ting ble registrert i DIPS.

Et eksempel; Det skal i sykehusenes journalsystem opprettes en ny henvisning dersom pasienten henvises med en ny tilstand eller problemstilling. Tiden fra pasientens henvisning er mottatt til pasientens henvisning blir avsluttet, kalles en henvisningsperiode. Alle innleggelser eller polikliniske kontakter knyttes til henvisningen. Dato på kontaktene vil sammen med kreftdiagnose (ICD10-kode) og angivelse av behandlingsmodalitet, vanligvis uttrykt ved prosedyrekoder (NCMP eller NCSP), angi hva som er gjennomført, og til hvilken tid, i den aktuelle henvisningsperioden. Dersom det blir registrert feil ICD10-kode eller feil prosedyrekode vil dette påvirke datakvaliteten. Eksempelvis kan en feiltasting av koden C50.3 bli til C53.0. Begge deler er kreftdiagnoser, men bare den ene av kodene inngår i indikatoren,

naturlig nok siden den ene omhandler kreft i brystet og den andre kreft i livmorhalsen. Slike feil er vanskelig å beskytte seg mot. Den aktuelle pasienten har fått riktig hjelp men i offentlig statistikk blir det feil. Feil registreringer vil forekomme og det vil være kontakter som ikke har blitt kodet med noen prosedyre- og eller diagnosekode. Det er grunn til å tro at denne type feil er like utbredt ved andre sykehus, og av den grunn burde det ikke påvirke tiltroen til datakvaliteten mellom de ulike sykehusene.

Et annet eksempel på feilregistreringer er dersom utredningsforløpet og behandlingsforløpet blir registrert som to henvisningsperioder. Dette er også myndighetene oppmerksomme på og dette kommenteres bl.a. i en fotnote i indikatoren for brystkreft (Helsedirektoratet, 2011a)

Et tredje eksempel på feilregistreringer som kan påvirke offisiell statistikk er tidligere omtalt i problemanalysen (s.9), og viser til at det i statistikken framkommer tall på at pasienten har ventet kortere enn det som er reelt.

Det er flere ganger de siste årene henvist til juks i ventelistetall. Egeninteressene hos det enkelte sykehus kan påvirke dataregistreringen. I 2010 fikk Vestre Viken HF en bot på 5 millioner etter at de hadde jukset med ventelistene (Johansen, 2010). I 2011 var det flere sykehus som oppgav uriktige tall ved ventelisterapportering (Riksrevisjonen, 2012). Året etter mente helseombudet i Oslo at behandlingsfristen vart registrert som oppfylt før behandlingen startet (Vedeler, 2013). Helse- og omsorgsdepartementet sier i følge aftenposten, i sitt svarbrev til riksrevisjonen at ulikheter i registreringspraksis *kan skyldes ulike forståelse av regelverket* (Slettholm, 2012).

I rapporten «Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus» er et av hovedfunnene at *Den nasjonale kvalitetsindikatoren for tykktarmskreft måler ikke pasientenes tilgang til første behandling i sykehusene på en entydig måte* (Riksrevisjonen, 2013, p. 7). Begrunnelsen er at det ikke tas hensyn til de pasientene som har fått gjennomført koloskopi ved private-avtalespesialister. I sentrale strøk av landet, kan en da anta at flere allerede har fått stilt en diagnose før de blir henvist til sykehuset. Disse pasientene vil dermed få en kortere tid før første behandlingsmodalitet blir utført. Alle disse situasjonene skaper tvil om registreringspraksisen ved norske sykehus, og av den grunn kan påvirke tiltroen til validiteten av indikatorresultatene.

5.2.3 Endring av rutine og kvalitet

Funnene knyttet til hvordan indikatorresultatene påvirker endringer i rutiner og kvalitet blir her diskutert. Innledningsvis gjennomgås en del av de faktorer som ble nevnt i intervjuene, og som kan ha betydning for endringsarbeid.

Det er pr i dag 12 nasjonale handlingsprogram innenfor ulike krefttyper. De nasjonale retningslinjene gir en beskrivelse i diagnostisering og behandling innenfor det aktuelle feltet. De er ikke rettslig bindende for tjenesteyter, men avvik fra programmet må dokumenteres og begrunnes. Sykehusenes eiere og ledelse bør tilrettelegge for at retningslinjene kan følges. Handlingsprogrammene revideres med jevne mellomrom.

Kvalitetsarbeidet kan organiseres etter Demings sirkel (Langley et al., 1996), for å sikre at rutiner ikke blir sementerte, men videreutvikles til det som til en hver tid er beste praksis. Dette er i tråd med de nasjonale handlingsprogrammene. Endringene som informantene beskriver kan derfor forstås som en del av kontinuerlig forbedringsarbeid som Demings sirkel beskriver, men også som en tilpasning av de nasjonale handlingsprogrammene.

Multidisiplinære Team (MDT) blir nevnt som et tiltak som er innført i kreftutredningen. Spesialister med ulik fagbakgrunn har faste møter der den enkelte pasients forløp planlegges. I Kreftstrategien 2006-2009, finner en at team og tverrfaglighet er knyttet til rehabilitering og palliasjon og ikke i planleggingen av pasientens behandlingsforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). I den nasjonale kreftstrategien «Sammen - mot kreft» nevnes MDT som et tiltak under målområde 2. Det kan derfor se ut til at de multidisiplinære teamene første gang er beskrevet i de nasjonale handlingsprogram (Helsedirektoratet, 2013b). Dette betyr at begrepet er introdusert etter at indikatorene er godkjent, og MDT er foreslått fra nasjonale myndigheter som et tiltak for å styrke kvaliteten av behandlingen.

Oppretting av pasientforløp var eksempler på endringer som ble nevnt. Møter mellom ulike samarbeidende avdelinger ble gjennomført for å optimalisere forløpene. Det blir forklart at tidligere kunne det mangle sammenheng i forløpene og begrepet «pasientforløp» eksisterte ikke. Dette viser at organisasjonen har tatt grep for å få pasientbehandlingen mer strømlinjeformet. At flere mellomledere refererer til dette styrker oppfatningen av at pasientforløp ikke har vært noe som sykehuset har prioritert tilstrekkelig til at arbeidet har blitt systematisert på et tidligere tidspunkt. Standardiserte pasientforløp eller behandlingslinjer

er kjent fra midten av 80 tallet, under ulike navn (Helse Vest RHF, 2012) Pasientforløp er derfor ikke et resultat av noe nytt eller et nymotens fenomen, men noe som er utprøvd andre steder i verden. Oppstarten med pasientforløp kan kanskje forklares med økt fokus på kvalitetsindikatorne, men kan like gjerne være et tiltak for å nå andre mål, for eksempel kortere liggetid eller forutsigbarhet og ivaretagelse av brukermedvirkning. Endringen kan derfor ikke forklares som en direkte årsak i kvalitetsindikatorresultatene, men indikatorne kan ha aktualisert behovet for å opprette pasientforløpene. Informantene beskriver at forløpsarbeidet har gitt store fordeler, også for pasientene for eksempel ved at det blir større forutsigbarhet og ved at behandlingstiden er blitt kortere.

Det er pr. i dag utarbeidet 33 prioriteringsveileder. Disse skal være en beslutningsstøtte i spesialisthelsetjenesten for de som vurderer henvisninger. Veilederen gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for pasienter som tildeles «rett til nødvendig helsehjelp». Vurderingsfristen er 30 virkedager (Pasient- og brukerrettighetsloven - Pasrl., 2013). Veilederne som foreligger er publiserte i tidsrommet 2008 - 2012. Pasientens juridiske rettigheter samsvarer med prioriteringsveilederen, men de nasjonale handlingsprogrammene og kreftindikatorne har andre tidsangivelser på for eksempel vurderingstiden. Dette kan forstås på flere måter. Det kan være ny kunnskap som tilsier at det er behov for å komme raskere i gang ved utredning eller påvisning av kreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette vil i så fall være en naturlig utvikling, og i tråd med Demings sirkel (Langley et al., 1996). Endring av vurderingstiden vil ikke kreve flere ressurser dersom en forutsetter at antallet pasienter som blir henvist er det samme. Målet er at vurderingsarbeidet må gjøres fortløpende. Vurderingstid innen 5 dager kan også forstås som et rent politisk mål ettersom det ble første gang kjent i forbindelse med valgkampen i 2011 (Regjeringen, 2011). Endringer vil presse seg frem etter hvert, og politiske målsetninger må ses i lys av samfunns- og eller teknologisk utvikling jf. Blumenthal (1996). Det er nå mindre aksept for lange ventetider, og dette er noe av argumentasjonen som blir brukt i forhold til å øke innslaget av private aktører i helsetjenesten. Ny undersøkelsesmetoder og bedre utstyr åpner for at en kan behandle andre tilstander i dag enn for bare noen tiår siden. Å komme «raskt til» beskriver informantene som viktig, ikke nødvendigvis ut i fra medisinske årsaker, men for at pasientene opplever ventetiden som vanskelig. Indikatorne kan ses på som et verktøy som gjenspeiler om sykehusene forholder seg til, innførte ordninger eller anbefalinger som kommer frem i ulike

handlingsprogram, veiledninger, strategier, lover og forskrifter jf. helsedirektoratets definisjon av kvalitet (Helsedirektoratet, 2010).

Det nevnes flere endringer som kan forstås som lokale tilpasninger. En informant forteller at de har endret organiseringen av sitt arbeid og utvidet kapasiteten på «hastepoliklinikken». Poliklinikken som undersøker inneliggende pasienter i tillegg til pasienter som har fått innvilget rett til prioritert helsehjelp med kort frist for start av helsehjelp. Dette grepet kan forstås som en endring for å oppnå bedre indikatorresultater, men det kan også være gjennomført for å unngå fristbrudd og lange ventelister. Organisering og kapasitet er to av flere begrep som inngår i strukturkvaliteten i modellen til Donabedian (1988). Når en utvider hastepoliklinikken uten å øke ressurstilgangen, kan det påvirke den indre aktiviteten. Donabedian (1988) mener at dette inngår som en del av prosesskvaliteten. Antall pasienter blir i utgangspunktet ikke økt, men i en overgangsfase vil en måtte ta flere pasienter som følge av rutineendringen.

Dagpost for utredning av kreftpasienter ble opprettet for noen år tilbake, omtrent når indikatorene ble godkjent. En tidsmessig samtidighet taler imot at posten ble opprettet som et resultat av indikatorresultatene, da det ikke var publisert indikatorresultater på denne tiden. En kan derfor argumentere for at posten har oppstått som et resultat av politiske signaler, strategier og handlingsplaner eller lokale/interne behov.

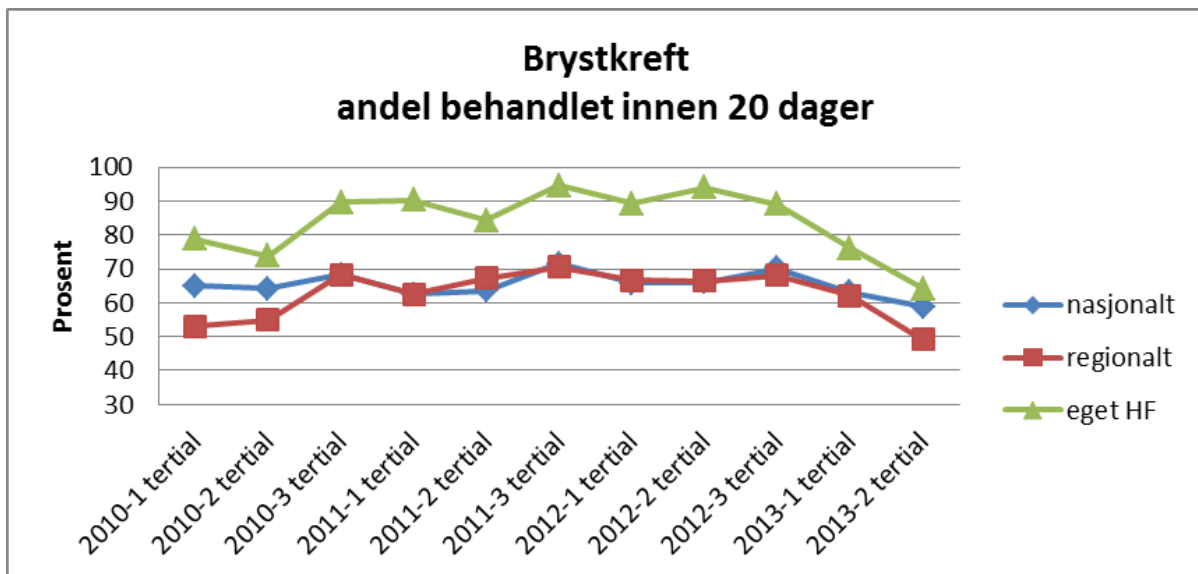
Flere enheter har ansatt kreftkoordinatorer. Dette kan forstås som en endring for å forbedre kvalitetsindikatorresultatene. I følge spesialisthelsetjenestelovens § 2.5 er sykehusene pålagt en plikt til å oppnevne koordinator til pasienter med behov for «komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester» (Spesialisthelsetjenesteloven - sphsl, 1999). I strategiplanen «Sammen mot kreft» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) vises det til aktuell lovparagraf i spesialisthelsetjenesteloven. Dette må forstås som at kreftpasienter er i målgruppen av pasienter som kan ha nytte av koordinator. Dette taler for at opprettingen av koordinator og oppgavene som koordinatoren skal løse, like gjerne kan være et resultat av nasjonale strategier, og tiltak for å ivareta lovpålagte oppgaver.

Alle de tre overnevnte lokale endringene kan forstås som tilpasninger for å nå kvalitetsindikatormålene. Dette er eksempler på det som inngår i Donabedian organisatoriske aspekt (Donabedian, 1988), uavhengig av om det er sett fra legens, pasientens eller samfunnet

ståsted. Fysiske ressurser som rom og personell er bestanddeler i strukturkvalitet som påvirker prosesskvaliteten men også resultat-kvaliteten. Tilrettelegging for økt kapasitet på hastepoliklinikken kan gi andre leger mindre avbrytelser og bedre tid i forhold til annet arbeid. Egen dedikert dagpost bidrar til at pasienter med tilsvarende problemstillinger blir samlet, og kompliserte utredninger blir tatt ut fra vanlig «sengepostdrift». Avgrensede problemstillinger kan forenkle legenes hverdag. Kreftkoordinatoren avlastar legen ved å administrere pasientforløpene også på tvers av avdelinger. I tillegg til å bidra som kontaktperson for pasient og pårørende.

I Grepperud (2009) sin dekomponerte inndeling av helsekvalitet beskrives fasilitetskomponenten i hovedsak som infrastruktur. Dagposten som en dedikert utredningspost for kreftpasienter er da eksempel på tilpasninger som er gjort i organisasjonen og som styrker kvaliteten. Både Donabedian (1988) og Grepperud (2009) mener altså at fasilitet som fysiske rom er faktorer som kan bidra positivt i forhold til kvalitet. Grepperud er likevel tydelig på at fasilitetskomponenten ikke har direkte sammenheng med den medisinske kvaliteten (Grepperud, 2009). Det er her likevel grunn til å anta at egne lokaler kan være en faktor som påvirker utredningstiden på en positiv måte.

For å få bedre datakvalitet som viser faktisk ventetid har sykehuset nå endret registreringsrutine. Henvisningene registreres nå i to informasjonssystem; DIPS og RIS. Rapportert ventetid blir da riktig ettersom mottattdato på henvisningen er identisk. Tidligere registreringspraksis kan forklare hvorfor det aktuelle sykehus har relativt høy andel som har startet behandling innen 20 dager. Andelen er fallende i alle forvaltningsnivå (nasjonalt, regionalt og eget sykehus)



Figur 7 Brystkreft: Prosentandel med oppstart behandling innen 20 dager, nasjonalt, regionalt, og eget foretak.
Kilde: Helsedirektoratet

Varighet er en av Grepperud (2009) sine hovedkategorier i forhold til helsetjenestekvaliteten og defineres som tiden fra behovet oppstår til behandlingen er avsluttet. Dette innebærer at ventetid inngår i varigheten. Under forutsetning av at sykehusene har tilnærmet lik behandlingstid, vil differanse i varighet forklares i ulik ventetid. Når målet er at henvisninger skal være vurdert inne 5 dager og utredningen startet innen 10 dager, må dette forstås som tiltak for å redusere ventetiden. Selv om bruken av fritt sykehusvalg er begrenset (Riksrevisjonen, 2011), viser undersøkelser at de gangene pasientene velger andre sykehus forklares det med kortere ventetid (Ringard, 2012). Informantene bekrefter at ventetiden er noe pasientene er opptatt av. I helse- og omsorgsdepartementet sitt svarbrev til riksrevisjonen sa helseminister Støre at en av hensiktene med kreftindikatorerne var å avdekke flaskehals (Riksrevisjonen, 2013). Riktig registreringspraksis er avgjørende for å avdekke eventuelle flaskehals og vil bidra til at ventetiden fremstilles korrekt. Dette gir pasientene et reelt beslutningsgrunnlag i valg av tjenesteyter.

Det vises også at til andre rutineendringer på sykehuset blant annet er det predefinerte timer som er forbeholdt nye krefttilfeller. Dette er nærmest en forutsetning for å kunne gi raskest mulig pasientforløp, og dermed holde både utrednings- og behandlingstiden nede. Dette er sammen med kreftkoordinatorens utvidete tilgang i røntgen informasjonssystemet (RIS), eksempler som går rett inn i Donabedian sinn «organisatoriske ramme» der regelverk, planer

og styring er elementer i strukturkvaliteten (Donabedian, 1988). Koordinatorens tildeling av rgt timer kan også forstås som en oppgaveglidning ettersom det tidligere var røntgenavdelingens overleger som vurderte disse henvisningene og anga en prioritet. I Meldingen «utdanning for velferd, samspill i praksis» omtales oppgaveglidning som en konsekvens av at arbeidsformene endres. Altså at profesjoner eller yrkesgrupper overtar oppgaver for en annen (Meld. St. 13 (2011-2012), 2012).

En informant mener at det nå er en markant endring i holdningen av hvordan kreftpasientene blir prioritert i utredningen. På nettsidene til Helsedirektoratet finner en bekreftelse på at vurderingstiden på henvisninger er redusert (Helsedirektoratet, 2014b). Dette bekrefter informantens observasjon. På det aktuelle fagområdet er vurderingstiden redusert med over 10 dager over en periode på litt over et år. Dette til tross for at antall henviste pasienter er økt, og andelen pasienter som med brudd på sin vurderingstid (innen 30 dager) er lik (0 %) ved begge målingene. Årsaken til endringen kan ha flere forklaringer enn holdningsendring. Ettersom visningen av vurderingstid er pr. fagområde (Helsedirektoratet, 2014b), er den nevnte reduksjonen for alle pasientene innen det aktuelle fagområdet, ikke bare for pasienter med mistanke om kreft. Det kan derfor være grunn til å anta at det er flere forklaringer på redusert vurderingstiden. Organisatoriske endringer, ressurstilgang, antall leger som vurderer henvisninger, annen oppgavefordeling, men også påvirkning fra indikatorresultatene. Redusert vurderingstid kommer også kreftpasientene til gode, og vil være et tiltak for å øke andelen pasienter som får behandlingsoppstart innen 20 dager.

Samfunnsutvikling, fagutvikling, forskning og teknologisk utvikling bidrar til at organisasjoner i helsetjenesten står ovenfor utfordringer på flere måter. Krav om helhetlig ledelse, standardiserte pasientforløp og styring på økonomi og kvalitet endres stadig og stiller krav til at sykehusene må ha endringskompetanse som gjør dem i stand til å håndtere utfordringene. Det er grunn til å anta at de endringene som ble omtalt på sykehuset har ulike årsaker, og at det kan være vanskelig å finne en entydig forklaring til dette. Mye tyder på at det er flere sammenfallende faktorer som påvirker til de endringer som blir nevnt.

Konklusjon

Det har vært økende oppmerksomhet knyttet til kvalitetsindikatorer og indikatorresultater de siste årene. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet blir stadig videreutviklet, oppdatert og resultatene blir publisert på offentlige nettsider. Resultater fra denne studien tyder på at mellomlederne på enheter som utreder eller behandler kreft har liten erfaring med de tre kreftindikatorerne, og har lite kjennskap til detaljene i selve kvalitetsindikatorerne. Kjennskap til og erfaring med indikatorresultatene er også begrenset. Derimot avdekker studien at de har god kjennskap til andre endringer som er gjennomført for å bedre kvalitet i kreftutredningen de siste årene. De har kunnskap om nasjonale handlingsprogram, prioriteringsveiledere og regionale rutiner. Studien kan ikke konkludere med at indikatorresultatene har innvirkning på rutiner og kvalitet. Det er større grunn til å anta at andre overordnede planer og strategier, samt regionale rutiner og lokale behov er årsak til de endringene som er beskrevet. Når indikatorresultatene offentliggjøres på behandlingssted/ sykehusnivå kan dette være nyttig for myndighetene, toppledelse og publikum, men for mellomledere i sykehuset er resultatene for lite differensiert. Dette begrenser nytteverdien av resultatene i det daglige arbeidet. For mellomledere i sykehuset kan det være viktigere og mer motiverende å måle resultater for eget ansvarsområde. Studien kan ses på som et supplement til tidligere forskning som har konkludert med at en kjenner lite til hvordan resultatene blir brukt internt i organisasjonene.

Forslag til videre forskning:

Behandling og oppfølging av kreftpasienter krever at utredning og behandling ofte går på tvers av avdelinger og klinikker. Det kom fram i studien at overgangene mellom disse enhetene i sykehuset ikke fungerer optimalt. For å få gode pasientforløp for kreftpasientene anbefaler masterstudentene at denne problemstillingen utredes videre, og at det vurderes tiltak som kan ivareta hele forløpet.

Prøveordningen med kvalitetsbasert finansiering kan få økonomiske konsekvenser dersom organisasjonen ikke er oppmerksom på kvalitetsindikatorresultatene. Studien viser at mellomledernes kjennskap til indikatorresultatene er begrenset. Det bør derfor avklares om det er en sammenheng mellom kjennskap til oppnådd indikatorresultat og hvordan dette eventuelt påvirker selve indikatorresultatene.

Litteraturliste

- Blumenthal, D. (1996). Quality of Care — What is It? *New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894. doi: doi:10.1056/NEJM199609193351213
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Soc Sci Med*, 51(11), 1611-1625.
- de Vos, M., Graafmans, W., Kooistra, M., Meijboom, B., van der Voort, P., & Westert, G. (2009). Using quality indicators to improve hospital care: A review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(2), 119-129.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Flodgren, G., Pomey, M.-P., Taber Sarah, A., & Eccles Martin, P. (2011). Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008992.pub2/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD008992.pub2
- Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv Manage Res*, 15(2), 126-137.
- Granbo, K., Helljesen, V., & Kumano-Ensby, A. L. (2011, 20.5.11). Enorme venteforskjeller for kreftbehandling i Norge. from <http://www.nrk.no/norge/disse-ma-vente-lengst-pa-behandling-1.7641957>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grepperud, S. (2009). Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 129(11), 1112-1114.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 - 2009*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2006/0008/ddd/pdfv/281026-kreftstrategi.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Sammen - mot kreft. *Nasjonal kreftstrategi 2013 - 2017*. http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf
- Helse Vest RHF. (2012). *Forløpshåndbok Hvordan utarbeide, innføre og følge opp standardiserte pasientforløp* Retrieved from http://www.helse-vest.no/fagfolk/kvalitet/Documents/02Pasientfokus/Handbok_i_standardiserte_pasient_forlop.pdf
- Helsedirektoratet. (2010). *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten* Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer/Publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2011a). Tid fra henvisning til første behandling brystkreft. from <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-021-Tid-behandlin.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011b). Tid fra henvisning til første behandling lungekreft. from <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-020-Tid-behandlin.pdf>

- Helsedirektoratet. (2011c). Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft. from <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-019-Tid-behandlin.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013a). *Innsatsstyrt finansiering 2014*. (IS-2114). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013b). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm*. (IS-2089). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-kreft-i-tykktarm-og-endetarm/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-tykk-og-endetarmskreft.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2013c). Norsk Pasientregister (NPR). from <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2013d). Startet behandling av brystkreft innen 20 dager. from http://helsenorge.no/Helsetjenester/Kvalitetsindikatorer/Sider/Oppstart_behandling_brystkraft.aspx
- Helsedirektoratet. (2014a). *Status for samhandlingsreformen*. (IS-2113). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/status-for-samhandlingsreformen-2013/Publikasjoner/status-for-samhandlingsreformen-2013.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014b). Vurdering av henvisning - Totalt. from http://nesstar2.shdir.no/npr/index.jsp?study=http%3A%2F%2Fnesstar2.shdir.no%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fny_ventetidsgaranti&stubs=periode&stubs=virtual&headers=FAGOMR_KODE&mode=cube&chartype=null&cube=http%3A%2F%2Fnesstar2.shdir.no%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fny_ventetidsgaranti_C1&layers=hf&top=yes
- Helsetilsynet. (2010). *Risikobildet av norsk kreftbehandling*. Oslo: Statens helsetilsyn Retrieved from http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport4_2010.pdf.
- Huseby, B. M., Gjøen, I. J., Sundet, I. B., Mehus, K. H., Rønningen, I., Pedersen, M., . . . Saltnes, T. (2013). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2012* B. M. Huseby (Ed.) (pp. 260). Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2012.pdf>
- Høie, B. (2013, 10.10.13). Bedre og raskere kreftdiagnostisering og behandling. Retrieved from <http://www.dagensmedisin.no/blogg/bent-hoie/bedre-og-raskere-kreftdiagnostisering-og-behandling/>
- Høie, B. (2014). Sykehustalen - Helse- og omsorgsminister Bent Høies politiske styringssignaler for spesialisthelsetjenesten. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/sykehustalen.html?id=748853
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johansen, G. S. (2010, 10.12.2010). Godtar millionbot, Nyhet, *Klartale.no*. Retrieved from <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/godtar-millionbot-1.7419632>
- Kelley, E., & Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project* (23). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>.

- Ketelaar Nicole, A. B. M., Faber Marjan, J., Flottorp, S., Rygh Liv, H., Deane Katherine, H. O., & Eccles Martin, P. (2011). Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004538.pub2/abstract>
 doi:10.1002/14651858.CD004538.pub2
- Kiviluoto, L., & Arneberg, F. (2013). *Kvalitetsbasert finansiering 2014*. Oslo: Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetsbasert-finansiering-2014/Publikasjoner/kvalitetsbasert-finansiering-2014.pdf>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langley, G. J., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (1996). The Improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. In G. J. Langley (Ed.), *The Jossey-Bass business & management series* (pp. book). San Francisco: Jossey-Bass.
- Long, T., & Johnson, M. (2002). Rigor, reliability and validity reasearch. . *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(1), 30-37.
- Mainz, J., Hansen, A.-M., Palshof, T., & Bartels, P. D. (2009). National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. *Journal of Surgical Oncology*, 99(8), 500-504. doi: 10.1002/jso.21192
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mathisen, L., & Nordbö, Ö. (2011). Verd å vite om kvalitetsindikatorer. [Verd å vite om kvalitetsindikatorer]. *Sykepleien*, 99(1), 32-34.
- Meld. St. 10 (2012-2013). (2012). *God kvalitet - trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012). *Utdanning for velferd, samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2).
http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/morseetal.pdf
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud*, 46(6), 848-857. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.11.005
- Norsk pasienterstatning. (2014, 28.3.14). Erstatning til over 130 pasienter hvert år pga forsinket diagnose av kreft. from <http://www.npe.no/no/Om-NPE/Aktuelt/Erstatning-til-over-130-pasienter-hvert-ar-pga-forsinket-diagnose-av-kreft/>
- NOU 2003:1. (2003). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten* Norges offentlige utredninger, Helsedepartementet (Ed.) *Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002 : avgitt til Helsedepartementet 17. desember 2002*, (pp. 283). Retrieved from http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009021800021

- Oltedal, S., Garratt, A., Bjernæs, Ø., Bjørnsdottir, M., Freil, M., & Sachs, M. (2007). The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey, *Scandinavian Journal of Public Health* (Vol. 35, pp. 540-547).
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). (2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 6. april 2001, godkjent i statsråd samme dag*. Oslo: Sosial og helsedepartementet
- Pasient- og brukerrettighetsloven - Pasrl. (2013). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). from <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prop. 1 S (2012 - 2013). (2012). *Prop. 1 S (2012 - 2013) Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2013*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-1-s-20122013.html?showdetailedtableofcontents=true&id=702113>.
- Prop. 1 S (2013-2014). (2013). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2014*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2013-2014/prop-1-s-20132014/4/4/1.html?id=739853>.
- Regjeringen. (2011, 24.6.11). Krav til bedre og raskere kreftbehandling. Retrieved 24.6.11, from <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2011/krav-til-bedre-og-raskere-kreftbehandlin.html?id=649929>
- Riksrevisjonen. (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg*. Oslo: Riksrevisjonen Retrieved from http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_3_2011_2012.pdf.
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011*. Riksrevisjonen Retrieved from http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2012-2013/Dokumentbase_3_2_2012_2013.pdf.
- Riksrevisjonen. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (2013-2014)*. (Dokument 3:4 (2013–2014)). Riksrevisjonen Retrieved from http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf.
- Ringard, Å. (2012). *Choice of hospital – four essays on the 2001 Norwegian Hospital Choice Reform*. (ph.d Universitetet i Oslo - Det medisinske fakultet - institutt for helse- og samfunn), Universitetet i Oslo.
- Schreiner, A. (2004). *Kom i gang: kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Slettholm, A. (2012, 27.11.2012). Riksrevisjonen: Sykehusene trikser med ventelister, *Aftenposten*. Retrieved from http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Riksrevisjonen-Sykehusene-trikser-med-ventelister-7056323.html#.U1EyNIV_uSo
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)*,. (IS-1162). Oslo: Helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven - splhsl. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. . from http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenestelov#KAPITTEL_2

- St. meld. nr. 44 (1995-1996). (1996). *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19951996/st-meld-nr-44_1995-96.html?id=190995.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/10.html?id=567308>.
- Standard Norge. (2007). Kvalitetsstyring ISO 9000. *Kvalitetsstyringsystem*. from <http://www.standard.no/Global/PDF/Kvalitet/Kvalitet%20endelig%20web.pdf>
- Standard Norge. (2008). Systemer for kvalitetsstyring - Krav (ISO 9001:2008). In S. Norge (Ed.), *Norsk Standard*: Standard Norge.
- Vedeler, M. (2013, 23.7.13). Helseombudet mener Ahus manipulerer ventelistene, Nyhet, *Aftenposten*. Retrieved from http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Helseombudet-mener-Ahus-manipulerer-ventelistene-7261384.html#.U11NaVV_t8E
- Østby, B. A. (2011). Kjenner input, men ikke putput. *Sykepleien*. from <http://www.sykepleien.no/nyhet/585661/kjenner-input-men-ikke-output->

Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt- «Kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten»

Bakgrunn og formål

Vi er to studenter på helse- og sosialinformatikkstudiet ved Universitetet i Agder som skal skrive masteroppgave om temaet «kvalitetsindikatorer». Helsedirektoratet har utarbeidet indikatorene, og det er pr i dag over 30 kvalitetsindikatorer som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Det er gjort lite forskning på hvordan kvalitetsindikatorer og indikatorresultat påvirker, fagfolk og organisasjonen og vi ønsker derfor å gjøre en studie på dette området.

Indikatorene for «oppstart av behandling innen 20 dager for bryst/lunge og tykktarmskreft» ble tatt i bruk i 2011. For å kartlegge erfaringer om hvordan kvalitetsindikatorer påvirker rutiner og kvalitet i arbeidet ønsker vi å intervjuere ledere ved avdelinger som utreder og behandler kreftsykdom innenfor disse områdene. Ditt bidrag i intervjuet kan gi ny kunnskap om hvordan kvalitetsindikatorer og publisering av resultater innvirker på et sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære et intervju/samtale der det blir stilt spørsmål omkring temaet kvalitetsindikatorer og erfaring/ kunnskap innenfor dette området. Intervjuet/samtalen varer i maks. 60 minutter og vil bli gjennomført i januar 2014. Intervjuet tas opp på bånd, og du vil få mulighet til å lese gjennom teksten etter transkribering dersom du ønsker det.

Hva skjer med informasjonen?

Informasjonen du gir i intervjuet skal kun brukes som datagrunnlag i denne studien. Intervjubidrag blir behandlet uten navn og andre direkte gjenkjennende opplysninger, og det er kun undertegnede som har tilgang til opptakene fra samtalen. Opptakene vil bli slettet etter at oppgaven er vurdert i juni 2014. Opplysninger og eventuelle sitater fra intervjuet vil bli gjengitt slik at det ikke skal være mulig å identifisere deltakerne.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 7. mai 2014.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dersom du vil delta ber vi deg om å undertegne samtykkeerklæringen på neste side.

Ta gjerne kontakt med oss dersom du har spørsmål eller kommentarer.

Med vennlig hilsen:

Lillian Selnaes

e-post: lilliansel@gmail.com

Tlf. 954 59 253

Vidar Råheim

e-post: vidar.raheim@lyse.net

Tlf. 975 19 791

Veileder:

Mariann Fossum, Prosjektansvarlig e-post: mariann.fossum@uia.no

Tlf. 37 23 37 56

Studien er godkjent av Fakultetets Etiske Komite (FEK) ved Universitetet i Agder, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet ved SUS og Forskningsavdelingen ved Universitetssykehuset i Stavanger.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signatur og dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide:

1. Er du kjent med noen av de nasjonale kvalitetsindikatorne?
2. Kjenner du til indikatoren «starttid for oppstart av kreftbehandling»?
3. Er indikatorresultatene på dagsorden ved ditt sykehus?
4. Er fagmiljøet opptatt av kvalitetsindikatorresultatet?
5. Hvordan får du kjennskap til resultatene av kvalitetsindikatoren?
6. Hvordan påvirker resultatene deg og din avd.?
7. Hva gjør du/ din avd. med resultatene?
8. Indikatorene er relativt ny, hva tenker du om validiteten av resultatene?
9. Bør sykehuset endre rutiner eller arbeidsprosesser med tanke på resultatene?

Vedlegg 3

Notat

Til:

Vidar Råheim

Kopi til:

fagdirektør Sverre Uhlving
prosjektleder/veileder

Dato:

29.11.2013

Fra:

fagsjef Kirsten Lode

Arkivref:

2011/4660 - 59918/2013

Godkjenning masterprosjekt - MA25

Mastergradsprosjektet: «Kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA25.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjenning av REK følges
- foreligger det godkjenning fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport. Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr 985 321 884

Mariann Fossum
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 15.11.2013

Vår ref: 36301 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36301	<i>Kvalitetsindikator i spesialisthelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mariann Fossum</i>
<i>Student</i>	<i>Vidar Råheim</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Vidar Råheim vidar.raheim@lyse.net

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36301

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 12.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Foruten student Vidar Råheim vil medstudent Lillian Selnæs også ha tilgang til innsamlede opplysninger.