

Forløpskoordinator for kreft

En kvalitativ studie av rolleforståelse

Imran Dar



Det medisinske fakultet

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Masteroppgave innlevert som en del av graden:

Master of Philosophy Degree in Health Economics, Policy and Management

Veileder: Trond Tjerbo

UNIVERSITETET I OSLO

Mai, 2019

Forløpskoordinator for kreft

En kvalitativ studie av rolleforståelse

© Imran Dar

2019

Forløpskoordinator for kreft – En kvalitativ studie av rolleforståelse

Imran Dar

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: De regionale helseforetakene fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å innføre pakkeforløp for kreft. I den forbindelse ble det stilt krav om opprettelse av en ny funksjon som forløpskoordinator knyttet opp mot pasienter i hvert enkelt pakkeforløpet. Rollen som forløpskoordinator ble tillagt flere funksjoner som var antatt å være viktig for å lykkes med innføringen av pakkeforløp.

Formål: Denne studien skal redegjøre for hvordan forløpskoordinatorerne opplever sin egen rolle i ett pakkeforløp for kreft på Oslo universitetssykehus. Studien vil avdekke nye forskningsfunn tilknyttet forløpskoordinatorrollen.

Metode: Dette er en kvalitativ studie bestående av ni individuelle intervjuer med ansatte på Oslo universitetssykehus som har sentrale roller i pakkeforløpet og på et overordnet nivå. Systematisk tekstkondensering ble brukt for å analysere datamaterialet.

Funn: De mest sentrale funnene i oppgaven belyser en variasjon i hvordan forløpskoordinatorerne opplever og forstår sin egen rolle. Det er ulike oppfatninger av rollen basert på om man har tidligere erfaringer i tilsvarende rolle eller ikke. I tillegg vises det at lokalisering av forløpskoordinatorer fører til en usikkerhet i rollen. Det blir også påpekt at autonomi og standardisering er sentrale faktorer som påvirker hvordan forløpskoordinatorerne opplever rollen.

Konklusjon: Studien viser at innføringen av forløpskoordinatorer har skapt en usikkerhet i hvordan personer som innehar rollen opplever den. Videre vises det at de uavhengige variablene x_2 og x_3 påvirker hvordan forløpskoordinatorerne opplever og håndterer denne usikkerheten.

Forord

Denne oppgaven er en fin avslutning på 18 års skolegang og studie. Det er også en avslutning på en mastergrad i Health Economics, Policy and Management ved Universitetet i Oslo. Det har vært en spennende og lærerik prosess.

Først vil jeg spesielt rette en takk til min veileder Trond Tjerbo. Takk for et fint halvår med stor tro på oppgaven og gode tilbakemeldinger når jeg trengte det som mest.

Jeg ønsker å sende en stor takk til Per-Magnus, Unn, Torill og Ingrid for et godt samarbeid og spesielt for oppholdet mitt som intern hos Kreftklinikken. Takk også til alle informanter som stilte opp til intervju, oppgaven ville ikke vært den samme uten dere.

Tusen takk Henriette for gode råd og bidrag i løpet av prosessen. Til slutt vil jeg takke studiegjengene, venner og familie.

God lesing!

Imran Dar
Oslo, mai 2019

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Tema og problemstilling.....	1
1.2	Tidligere forskning	2
1.3	Oppgavens oppbygning	3
2	BAKGRUNN	4
2.1	Organisering av helsesektoren.....	4
2.2	Politiske føringer	5
2.3	Historisk kontekst.....	7
2.4	Kreftbehandling	8
2.4.1	Pakkeforløp for kreft	9
2.5	Koordinator i spesialisthelsetjenesten	10
2.5.1	Forløpskoordinator for kreft.....	11
2.6	Oslo universitetssykehus	11
3	TEORETISK RAMMEVERK	13
3.1	Differensiering.....	13
3.2	Integrasjon	14
3.3	Organisasjonsstruktur	14
3.4	Det instrumentelle perspektivet	15
3.4.1	Egebergs instrumentelle analysemodell.....	15
3.4.2	Forventning	17
4	METODE	18
4.1	Metodevinkling.....	18
4.2	Datainnsamling: dybdeintervju.....	18
4.3	Utvalg	19
4.3.1	Informanter.....	20
4.4	Dataanalyse.....	20
4.5	Etiske betraktninger	21
4.6	Evaluering av metode	22
5	FUNN	24
5.1	Formell organisasjonsstruktur	24

5.1.1	Innholdet i rollen	26
5.1.2	MDT-møter	28
5.2	Fysisk struktur	29
5.3	Demografi.....	30
5.4	Utfordringer i rollen.....	33
5.5	Samarbeid	36
5.6	Meglerrollen	37
5.7	Oppsummering	39
6	DISKUSJON	40
6.1	Fysisk struktur og organisering	40
6.2	Demografi.....	42
6.3	Autonomi og standardisering.....	43
7	KONKLUSJON.....	45
	Litteraturliste	46
	Vedlegg	50

Figurliste:

Figur 1: Organisasjonskart over Oslo universitetssykehus

Figur 2: Organisasjonsstruktur

Figur 3: Studiens analysemodell

1 INNLEDNING

1.1 Tema og problemstilling

Det er stadig mer fokus på gode pasientforløp på sykehus, spesielt for kreftpasienter. Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2011 gjennom sine oppdragsdokument til de regionale helseforetakene krevd en utforming av effektive forløp for kreftpasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Innføringen av *pakkeforløp for kreft* i 2015 skulle bidra til bedre organisering og koordinering av tjenester for kreftpasienter. I 2019 har det gått fire år siden de første pakkeforløpene ble innført, hvor det ble stilt krav om opprettelse av en ny funksjon som forløpskoordinator knyttet opp mot hvert forløp.

Anne C. B. Grønvold (2016) viser at organiseringen av pakkeforløpene er preget av kompromisser mellom den gamle funksjonelle strukturen og forløpene, og kompliserende faktorer ved sykehus som størrelse og lokaliteter (Grønvold, 2016). Forløpskoordinatorer er de som binder dette sammen, men til tross for den viktige rollen, har vi lite informasjon om hvordan de personene som innehar denne rollen opplever sin egen rolle.

Formålet med denne oppgaven er å kaste lys over forløpskoordinatorrollen. Problemstillingen vil besvares gjennom en kvalitativ casestudie av ett pakkeforløp og datainnsamling vil bestå av intervjuer med ansatte på Oslo universitetssykehus, heretter kalt OUS.

Følgende problemstilling er valgt for å belyse temaet:

Hvordan opplever forløpskoordinatorer sin egen rolle?

1.2 Tidligere forskning

I artikkelen *Cancer Care Coordinators: Realising the Potential for Improving the Patient Journey* (2004) undersøker Patsy Yates fremtidige muligheter og utfordringer med å forbedre reisen til kreftpasienter. Utgangspunktet i artikkelen til Yates er konklusjonen i rapporten *Optimising Cancer Care in Australia* (2003). Konklusjonen var at kreftpasienter forsvinner i det komplekse helsesystemet og mangelen på et integrert helsesystem for kreftpasienter ble identifisert som et stort avvik i helsesystemet (McAvoy, 2003). Yates viser at de i Australia har opprettet kreftkoordinatorer for å adressere fremtidige problem og at det kan forbedre pasientens opplevelse. Det blir videre diskutert ulike utfordringer med implementering av slike roller. Yates identifiserer rollekonflikt, rolleforståelse, duplisert arbeid i overganger og kompetanse som sentrale faktorer som kan føre til problemer med rollen i komplekse organisasjoner som sykehus er (Yates, 2004).

I forskningsartikkelen *What are the current barriers to effective cancer care coordination?* (Walsh et al., 2010) fokuseres det på om hva de nåværende barrierer er for effektiv kreftkoordinering i New South Wales i Australia. Denne studien viser at retningslinjer for hva rollen som kreftkoordinator består av er uklare for helsepersonell og pasienter. De sentrale funnene i artikkelen viser at rollen ikke er godt nok integrert i organisasjonen. Dermed skaper rollen konflikter om ansvarsområder i pasientforløpene. Andre funn i artikkelen er at kreftkoordinatorer ønsker å fremme sin rolle både på sykehus og i samfunnet slik at flere har en bred forståelse for hva rollen til en kreftkoordinator går ut på. Det kommer også frem at gjennomføringen av multidisiplinære teammøter (MDT) foregår ustrukturert fordi det ikke er tydelig rollefordeling i slike møter (Walsh et al., 2010). Denne uklarheten i rollen til en kreftkoordinator i pasientforløp på sykehus er noe jeg skal se nærmere på i analysen og diskusjonen.

Walsh et al (2011) skrev, i tillegg til Kate White, en ny artikkel i 2011 som handlet om hvilke faktorer som er viktig for kreftkoordinering. Studien er gjort i New South Wales. I artikkelen defineres tre sentrale begreper som de ulike faktorene er knyttet til: Organisasjon (1) som relaterer seg til administrative oppgaver som å arrangere avtaler, henvisninger og levering av tjenester. Informasjon (2) som relaterer seg til utveksling av viktig pasientinformasjon mellom pasient, spesialist og personer i MDT-møter. Relasjon (3) relaterer seg til interaksjoner

mellom alle de som er involvert i pasientforløp, inkludert pasienten (Walsh et al., 2011). De to mest sentrale funnene for denne artikkelen var at kreftkoordinatorerne følger pasienten gjennom hele forløpet, og at rollen omfatter alle tre begrepene nevnt over. Studien viser at vurdering av pasienter gjennom hele forløpet og ikke kun ved utredning blir angitt som en viktig del av kreftkoordinatorens rolle (Walsh et al., 2011).

Grønvold (2016) har skrevet en avhandling om innføring og organisering av pakkeforløp ved OUS. Studien viser at organiseringen av pakkeforløpene er preget av kompromisser mellom den gamle funksjonelle strukturen og forløpene, og kompliserende faktorer ved sykehus som størrelse og lokaliteter (Grønvold, 2016). Grønvold har brukt organisasjonsteori og undersøkt struktur, koordinering, makt og prosessenkning (Grønvold, 2016). Flere av disse aspektene legger grunnlaget for min studie som fokuserer på forløpskoordinatorrollen.

Avila et al (2016) skrev en rapport i samarbeid med OUS om pakkeforløp for kreft hvor man evaluerer pakkeforløp med vekt på arbeidsprosesser og organisering. Rapporten fokuserer på organisering og arbeidsform i forbindelse med pakkeforløpene for lungekreft og tykk- og endetarmskreft (Avila et al., 2016). Deres mål var å kartlegge om organiseringen av pakkeforløpene fungerte godt, og hvorvidt kommunikasjonen i og mellom avdelinger fungerer (Avila et al., 2016). Det som er interessant i denne rapporten med hensyn til studie mitt er beskrivelsen av koordinatorrollen og deres funn. Som det blir nevnt i rapporten er det uklarerhet i hva jobben teoretisk sett skal gå ut på, og hva som faktisk kreves i jobben som en koordinator. Rapporten viser at koordinatorrollen er tidkrevende og krever god koordinering (Avila et al., 2016).

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 har jeg redegjort for oppgavens tematikk, problemstilling og forskningshistorie. Videre i kapittel 2 følger en beskrivelse av bakgrunnsinformasjon som er relevant for oppgaven. Kapittel 3 omhandler relevante teoretiske tilnærminger i tilknytning til forløpskoordinatorrollen. Den metodiske tilnærmingen til studie vil presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 vil jeg presentere og analysere datamaterialet. Videre vil kapittel 6 ta for seg en drøfting av de mest sentrale funnene, sett i lys av problemstillingen og de teoretiske tilnærmingene. Avslutningsvis vil jeg i kapittel 7 ta for meg studiens konklusjon.

2 BAKGRUNN

I 2006-2013 fokuserte den rød-grønne regjeringen på å tilrettelegge for hensiktsmessig organisering, tilstrekkelig kapasitet og bedre kvalitet og samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet. Den blå regjeringen lanserte i 2014 *Pasientens helsetjeneste*. Dette skulle være en fremtidsrettet plan som skulle være skreddersydd for å redusere ventetid og øke kvaliteten på sykehus. Hovedbudskapet med denne planen var at pasienten skulle settes i sentrum. En del av planen til helse- og omsorgsministeren Bent Høie var *Pakkeforløp for kreft* og i den forbindelse ble det stilt krav til opprettelse av en ny funksjon som forløpskoordinator knyttet opp mot pasienter i hvert enkelt pakkeforløp. Rollen som forløpskoordinator ble tillagt flere funksjoner som var antatt å være viktig for å lykkes med innføringen av pakkeforløpene.

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for organiseringen av helsesektoren, politiske årsaker til innføringen av pakkeforløp for kreft og forløpskoordinatorfunksjonen. Det vil også gis en historisk kontekstuell innføring i pasientforløp fra noen utvalgte steder i verden, hovedsakelig fra Danmark. Videre i kapittel 2 vil jeg gi en oversikt over kreftbehandling og organiseringen av den i Norge. Til slutt vil jeg kort beskrive den lovpålagte koordinatorfunksjonen og forløpskoordinatorfunksjonen samt beskrive OUS.

2.1 Organisering av helsesektoren

Helsevesenet i Norge består av primærhelsetjenesten, som også er kalt førstelinje eller allmennhelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten som også er kalt andrelinjetjenesten. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten, og det er Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvar for spesialisthelsetjenesten gjennom eierforholdet til regionale helseforetak (Hatland, Kuhnle & Romøren, 2018).

I primærhelsetjenesten er det kommunen som har ansvaret for planlegging, organisering, økonomi og drift av alle tjenester som defineres som primærhelsetjeneste. Noen av disse tjenestene omfatter allmennpraktiserende leger, legevakt, hjemmesykepleie, sykehjem, fysioterapi utenfor sykehus, medisinsk rehabilitering og flere (Hatland, Kuhnle & Romøren, 2018). Primærhelsetjenesten blir finansiert av rammetilskudd fra staten, men også via

øremerkede midler til prioriterte tjenesteområder, eller fra overgangsordning ved reformer (Hatland, Kuhnle & Romøren, 2018).

Sykehusreformen som kom i 2002 førte til at staten tok over sykehusene fra fylkeskommunen og dermed ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Sykehusene ble samtidig organisert i helseforetak, og helseforetakene ble igjen organisert i regionale helseforetak (Hatland, Kuhnle & Romøren, 2018). De regionale helseforetakene består i dag av Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF og Helse Nord RHF.

De regionale helseforetakene har ansvar for å planlegge, bygge og drive spesialisthelsetjenesten. Denne tjenesten omfatter blant annet somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrening- og rehabiliteringsinstitusjoner, prehospital tjenester og privatpraktiserende spesialister (Hatland, Kuhnle & Romøren, 2018). De regionale helseforetakene finansieres av staten gjennom basisbevilgning og øremerkede bevilgninger. Det blir også finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering samt refusjoner fra folketrygden og egenandeler ved poliklinisk virksomhet (NOU, 2016:25).

2.2 Politiske føringer

Rapporten *Pasienten først* utredet av Norsk Offentlig Utredning (NOU) i 1997 kan hevdes å være den første utredningen som rettet blikket mot pasienten og hvordan pasientens forløp burde formes for å ivareta alle pasientens behov. Føringen fra rapporten er at sykehusene skal tilrettelegge for at tjenester til pasientene skal fungere slik at pasientene får være mer i ro. Tverrfaglige teamarbeid skal videre utvikles og systematiseres innen alle spesialiteter (NOU, 1997:2). Rapporten legger også vekt på viktigheten av ledelse for at sykehusene skal ta utgangspunktet i et pasientperspektiv, herav nye lederroller i sykehus med nødvendige fullmakter og holdninger som setter fokus på pasientens behov (NOU, 1997:2).

I samhandlingsreformen som kom i 2012 er det mer fokus på å tydeliggjøre pasientens behov for koordinerte tjenester. I den forbindelse skulle det utvikles en felles forståelse av utfordringer i pasientforløp. Når det kom til kreftområdet ble det fastslått at det var store utfordringer rundt kompleksitet og samhandling rundt enkelte diagnoser. Arbeidet påpekte at

det var nødvendig å danne planer som dekker hele pasientforløpet fra begynnelse til slutt slik at man forebygger eventuelle brudd eller svikt i forløpet (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

I 2010 ble det gjennomført en risikoanalyse av kreftbehandlingen i regi helsetilsynet.

Rapporten viste interessante funn og det ble lagt frem 16 hendelser som beskrev forholdene som helsevesenet står ovenfor innenfor norsk kreftbehandling. Sentrale funn var knyttet til forsinket diagnostikk, svikt i radiologiske tjenester, svikt i koordinering mellom aktører og svikt i kontinuitet i behandlingen. Helsetilsynet (2010) konkluderte med at helseforetakene burde bruke resultatene til å utarbeide tiltak for å eliminere forholdene som kom frem i rapporten. I 2012 og 2013 ble det gjennomført undersøkelser på om det hadde blitt satt i gang noen tiltak for å forbedre forholdene som ble beskrevet i helsetilsynet rapport (2010).

Resultatet av undersøkelsen viste at det hadde blitt gjort minimalt i forhold til det som var forventet av helsetilsynet (Helsetilsynet, 2012 & 2013).

I 2014 lanserte som tidligere nevnt helse- og omsorgsministeren *Pasientens helsetjeneste*. I forbindelse med lanseringen var punkt 2 i *Pasientens helsetjeneste* et resultat av de stadig økende problemene som finnes i kreftbehandlingen. *Helseløftet* som ble lovet kreftpasienter bygger på endringer i organiseringen av norsk kreftbehandling gjennom tverrfaglige diagnosesentre, standardiserte pakkeforløp for kreft, og bedre samarbeid med fastlegene (Høie, 2014). I den nasjonale handlingsplanen for kreft 2015-2017 var et av hovedmålene å etablere gode pasientforløp for kreft, samt redusere ventetid som ikke var medisinsk begrunnet (Helsedirektoratet, 2015). De regionale helseforetakene fikk i oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet å bidra til å etablere gode pasientforløp, ved å innføre pakkeforløp for kreft. I forbindelse med pakkeforløp for kreft ble det stilt krav om opprettelse av en ny funksjon som forløpskoordinator knyttet opp mot pasienter i hvert enkelt pakkeforløp. Rollen som forløpskoordinator ble tillagt flere funksjoner som var antatt å være viktig for å lykkes med innføringen av pakkeforløpene (Helsedirektoratet, 2015).

Nasjonal kreftstrategi for 2018-2022 er en videreføring og oppdatering av Nasjonal kreftstrategi 2013-2017, som igjen bygger på kreftstrategien for 2006-2009. En av de sentrale målsetningene er å gjøre Norge til et foregangsland for gode pasientforløp. Helse- og omsorgsdepartementet ga føringer om at det eksisterende system for pakkeforløp skulle videreutvikles for å sikre enhetlig praksis. Forløpskoordinatorfunksjonen skulle videreutvikles

i sykehusene for alle pasienter som utredes og behandles for kreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det blir presisert i Nasjonal kreftstrategi 2018-2022 at kreftpasienter skal bli godt ivaretatt gjennom hele forløpet og ha god tilgang til informasjon om sykdom og behandling. Videre skal kreftpasienter ha oversikt over hvem de skal henvende seg til om egen sykdom og behandling til enhver tid. Det er også fokus på god koordinering som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.3 Historisk kontekst

Internasjonalt har det blitt jobbet målrettet med *care pathways* for en rekke pasientgrupper, bedre kjent som *clinical pathways*, *integrated care pathways*, eller *critical pathways*. Det kan oversettes til det norske begrepet pasientforløp. Et slikt forløp stammer fra industrielle prosesser og ble introdusert i helsevesenet tidlig på 1980-tallet i USA. Pasientforløp ble implementert som en strukturert omsorgsmetode ved siden av for eksempel retningslinjer, protokoller og saksbehandling (Vanhaecht et al., 2010). I nyere tid blir pasientforløp implementert som en metode for å overvåke prosesser og behandlingstid. Tanken var å forbedre effektiviteten i helsevesenet samtidig som kvaliteten skulle opprettholdes (Vanhaecht et al., 2010). I Storbritannia ble pasientforløp introdusert tidlig på 1990-tallet. Der ble det betraktet som et verktøy i utformingen av omsorgsprosesser, klinisk styring, forbedring av kvaliteten på kliniske områder og i tillegg skulle klinisk behandling baseres på den nyeste forskningen (Vanhaecht et al., 2010).

The European Pathway Association (2019) definerer *care pathways* som en metode for gjensidig beslutningstaking og organisering av omsorg for en veldefinert gruppe pasienter i en veldefinert periode (E-P-A, 2019). Definerte egenskaper for *care pathways* er eksplisitt uttalelse av mål og elementer for omsorg (1), tilrettelegging av kommunikasjon mellom arbeidsgruppene (2), koordinering av prosesser ved å koordinere roller og sekvensering av aktivitet i tverrfaglig grupper (3), dokumentasjon, overvåkning og evaluering av avvik eller utfall (4), og identifisering av de riktige ressursene (5) (E-P-A, 2019).

Fra slutten av 1990-tallet og frem til i dag har pasientforløp blitt et fenomen som det jobbes med i ulike helseområder over hele verden. I dag brukes pasientforløp som et av verktøyene for å strukturere prosesser og forbedre dem til å bli mer pasientsentrerte.

I Skandinavia var Danmark først ute med å utvikle og implementere pakkeforløp for kreft, og man kan si at både Norge og Sverige har hentet inspirasjon fra den danske modellen. Allerede i 1999 ble det første pakkeforløpet utarbeidet på et lite lokalsykehus i Danmark. I forbindelse med dette ble det gjennom Sundhedsstyrelsen i 2005 utarbeidet en nasjonal *Kræftplan II*, hvor det ble gitt politiske føringer til å organisere pasientforløp for kreftpasienter som pakkeforløp (Sundhedsstyrelsen, 2005). Sundhedsstyrelsen er for øvrig den høyeste helsemyndigheten i Danmark og er en del av Sundheds- og Ældreministeriets konsern. Det ble i 2007 inngått en avtale mellom den danske regjeringen og Danske Regioner om å opprette en *Task Force* for kreftområdet som er underlagt Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2007). I 2008 hadde Task Force utarbeidet og implementert pakkeforløp for 34 kreftformer.

I et dokument fra Sundhedsstyrelsen (2018) blir pakkeforløp i Danmark beskrevet som et godt tilrettelagt og faglig forløp uten unødig ventetid i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging. Formålet er å forbedre prognoser og livskvaliteten for pasientene (Sundhedsstyrelsen, 2018). Forløpskoordinatorfunksjonen blir beskrevet som en rolle som kontaktperson, hvor man skal være der for pasienten fra start til slutt i pakkeforløpet, samtidig som man skal sikre sammenheng og gode overganger. De skal også sikre kommunikasjon mellom de ulike leddene innad i sykehusene. De fleste sykehus i Danmark har funnet det mest hensiktsmessig å dele forløpskoordinatorfunksjonen på flere personer, forankret i hver sin avdeling som for eksempel kirurgisk og onkologisk avdeling. Deltakelse i MDT-møter skal være nøkkelen til godt samarbeid på tvers av avdelinger (Sundhedsstyrelsen, 2018). Erfaringene fra Danmark viste at denne ordningen var bra for pasientene og betegnes i dag som en suksess i det danske helsevesenet.

2.4 Kreftbehandling

Kreft er en internasjonal helsebyrde og det forventes at antall krefttilfeller vil øke på grunn av befolkningens aldring. Behandlingen av kreft er komplisert og varierer fra pasient til pasient, og fra krefttype til krefttype. Kreftbehandling involverer ofte kirurgi, kjemoterapi,

strålebehandling og andre behandlingsformer. Kreftpasienter behandles ofte med en kombinasjon av ulike behandlingsformer og mottar ofte behandlinger fra et mangfoldig utvalg av medisinske sykepleiere, spesialister og annet helsepersonell i sykehus over lengre perioder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Kreftbehandlingen på OUS er organisert i pakkeforløp, og det finnes 28 pakkeforløp for kreft. I 2015 ble de fire første pakkeforløpene kreft innført i Norge: lungekreft, tykk- og endetarmskreft, brystkreft og prostatakreft (Helsedirektoratet, 2015).

2.4.1 Pakkeforløp for kreft

Det tydeliggjøres i implementeringsplanen som helsedirektoratet (2014) opprettet for pakkeforløp for kreft at fundamentet i den norske modellen stammer fra den danske modellen. En forutsetning for å kreve aktivitet og drift på kryss av lokalisasjoner er en matriseorganisering. Pakkeforløp for kreft har til hensikt å være en formalisert matriseorganisering. Forutsetningene for å implementere pakkeforløp i en funksjonellstruktur er økt fleksibilitet, koordinering for å møte tosidige krav og brukerorientering.

Pakkeforløp er et standardisert pasientforløp hvor alle vesentlige aspekter frem til start av første behandling, som gjerne kalles den diagnostiske delen, blir gjort rede for. Formålet er at kreftpasienter skal oppleve pakkeforløp som godt organisert, helhetlig og forutsigbart (Helsedirektoratet 2014). Et pakkeforløp for kreft igangsettes når spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft. For hver krefttype finnes det faglige kriterier for hva en begrunnet mistanke innebærer, og hvilken filterfunksjonen som kan bidra til å bekrefte eller avkrefte mistanken (Helsedirektoratet, 2014).

Pakkeforløp er delt opp i ulike faser som utgjør målepunkter for sykehusene. Det er fire faser som måles: fra start av pakkeforløp til start av utredning (OF1), fra start av utredning til klinisk beslutning (OF2), fra klinisk beslutning til start av behandling (OF3), og det helhetlige målet fra start av pakkeforløp til start av behandling (OF4). Det betyr at pakkeforløpet skisserer opp faste tidsfrister for de ulike fasene i et utrednings og behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2014).

For hvert definerte pakkeforløp innenfor kreftområdet skal det være en forløpsledelse som består av forløpsleder, forløpsansvarlige og forløpskoordinatorer. En forløpsledelse skal sikre at alle involverte avdelinger og funksjoner deltar i et forpliktende samarbeid for et standardisert og godt koordinert pasientforløp basert på pasientenes behov. Det er utnevnt en forløpsleder per pakkeforløp og forløpsleder har et overordnet ansvar for pakkeforløpet. Det skal videre være en forløpsansvarlig lege for hver avdeling som er tilknyttet det definerte pakkeforløpet. Det skal også være minst en forløpskoordinator per klinisk avdeling som er involvert i pakkeforløpet, og koordinator skal ha ansvar for en definert del av pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2014).

2.5 Koordinator i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesteloven §2-5a ble det lovpålagt at spesialisthelsetjenesten skulle oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse og koordinerte tjenester (Sphl, 2012, § 2-5a). I den forbindelse har sykehus siden 2012 vært lovpålagt å opprette stillinger som koordinatorer. En slik koordinator skulle i utgangspunktet sørge for oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med opphold og sikre fremgang i arbeidet med individuell plan (Helsedirektoratet, 2016).

En funksjon som koordinator i kreftområdet var ikke noe nytt i sykehussammenheng da Helse- og omsorgsdepartementet ga i oppdrag til de regionale helseforetakene om å opprette stilling som forløpskoordinator knyttet opp mot hvert pakkeforløp for kreft. Det var knyttet mer usikkerhet rundt forløpskoordinatorfunksjonen egentlig var noe annerledes enn den allerede eksisterende koordinatorfunksjonen. Det er likhetstrekk mellom disse to funksjonene samtidig som de skiller seg fra hverandre. Eksempelvis koordinerer begge funksjonene tjenester for pasienten. For en forløpskoordinator i et pakkeforløp vil arbeidsoppgavene være konsentrert om perioden frem mot behandlingsstart, mens en tradisjonell koordinator i sykehus vil ha sine oppgaver i perioden under behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten. De fleste kreftpasienter håndteres innen definerte behandlingsforløp og har som regel ikke behov for komplekse, langvarige og koordinerte tjenester. Kun en mindre andel av pasientene som har behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten har en kreftdiagnose (Helsedirektoratet, 2016).

2.5.1 Forløpskoordinator for kreft

En forløpskoordinator har som oppgave å skape kontinuitet og sikre gode overganger for pasienten. For at dette skal kunne fungere optimalt trenger forløpskoordinatoren kjennskap til pakkeforløpet og til det Pasientadministrative systemet (Helsedirektoratet, 2014). En forløpskoordinator skal være pasientens og pårørendes kontaktperson og skal informere, veilede og følge opp pasienten. Videre skal de koordinere pasientens timeavtaler, slik at pasientforløpet tilpasses pasientens ønsker og behov innenfor fastlagte frister.

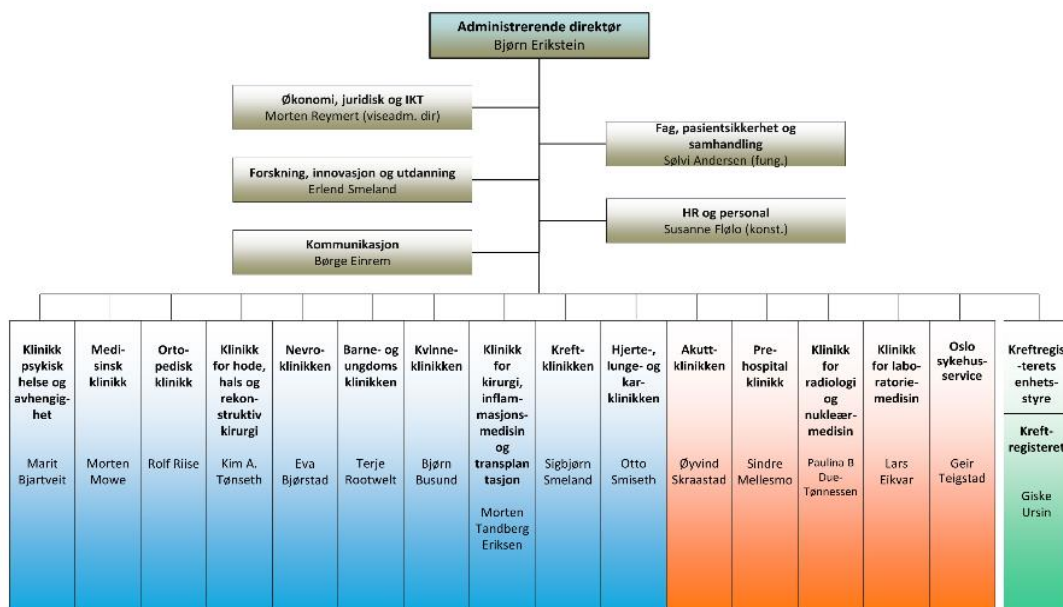
Forløpskoordinatorer innenfor samme forløp på OUS og ved andre sykehus skal samarbeide for å best mulig følge opp felles pasienter. Opprinnelig ønsket man hovedsakelig å bemanne forløpskoordinatorfunksjonen med erfarne sykepleiere, men ved OUS er det både sykepleiere og merkantilt personell i stillingen. Forløpskoordinator skal ha god nok kunnskap om den aktuelle pasientgruppe for å kunne vurdere hvilke spørsmål som kan besvares hvor i sykehuset (Helsedirektoratet, 2014). Forløpskoordinator har ansvaret for å kode målepunktene i pakkeforløpet. I de aller fleste tilfeller skal forløpskoordinator koordinere den diagnostiske delen av forløpet frem til behandlingsstart, men noen steder følger forløpskoordinator pasienten lengre i forløpet (Helsedirektoratet, 2014).

2.6 Oslo universitetssykehus

OUS er landets største sykehus og eies av Helse Sør-Øst RHF. OUS ble stiftet 1. januar 2009 da helseforetakene Ullevål, Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet fusjonerte (NOU, 2016:25). OUS har flere sentrale funksjoner i Helse-Norge. De sentrale funksjonene er at OUS har en lokalsykehusfunksjon for enkelte bydeler og akuttsykehusfunksjon for store deler av Oslo-området. OUS er videre et regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har dessuten flere nasjonale funksjoner som at sykehuset driver kontinuerlig med medisinsk forskning, utdanning av helsepersonell og kunnskapsutvikling (NOU, 2016:25).

Den nye organisasjonsmodellen fikk en effekt for pasientbehandlingen gjennom klinikkstruktur som gikk på tvers av de fire fusjonerte sykehusene. Funksjonsfordelingen ligger i klinikker, avdelinger og enheter som alle har linjeledere. Innføringen av pakkeforløp for kreft utfordrer den funksjonelle strukturen og formaliserer en form for matriseorganisering. OUS per 1. januar 2019 består av 15 klinikker som vist i figur 1. Flere av klinikkene går på tvers av hverandre og yter tjenester til andre enheter. Pakkeforløpene

kompliseres ved at lokaliseringen av avdelinger befinner seg på ulike helseforetak og det kompliserer koordineringen av tjenestene.



Figur 1: Organisasjonskart over OUS. De ti blå klinikkene driver med kreftbehandling. De fem oransje klinikkene yter tjenester til andre klinikker, både av medisinsk og ikke-medisinsk art (OUS, 2019).

3 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for relevante teoretiske tilnærminger i tilknytning til forløpskoordinatorrollen. I tillegg vil jeg vise hvordan teorien skal anvendes i diskusjonen. Jeg vil først redegjøre for begrepene differensiering og integrasjon som videre skal ses i form av ulike organisasjonsstrukturer. Deretter vil jeg kort redegjøre for det instrumentelle perspektivet og presentere Egebergs instrumentelle analysemodell.

3.1 Differensiering

I teorien *Structural Contingency Theory*, som bygger på hvordan strukturer i organisasjoner bør formes, blir differensiering beskrevet som differensiering av spesialiserte funksjoner i organisasjoner, slik at man kan imøtekomme de krav som stilles til arbeidet som utføres av hver spesialiserte funksjon (Charns & Tewksbury, 1993). Det er en prosess å etablere og kontrollere arbeidsdeling, eller grad av spesialisering i organisasjoner (Burns et al., 2012). *Vertikal differensiering* er måten organisasjoner utformer sitt autoritetshierarki på og hvordan de skaper rapportering av relasjoner for å knytte roller og underenheter sammen. Fordeling av myndighet mellom nivåer etableres for å gi organisasjoner mer kontroll over egne aktiviteter (Jones, 2013). *Horisontal differensiering* er måten oppgaver blir delt opp i roller, og roller i underenheter som funksjoner og divisjoner. Det er etablering av arbeidsdeling som gjør at individer i en organisasjon blir mer spesialiserte og produktive (Jones, 2013).

I helsevesenet representerer disse funksjoner de ulike profesjoner som finnes, som for eksempel leger, sykepleiere og merkantil personell. Hver funksjonen utvikler mål, retningslinjer og prosedyrer hver for seg. Fagfolk i en funksjonell avdeling samhandler generelt sett mer med hverandre innad i avdelingen, enn med fagfolk fra andre avdelinger (Charns & Tewksbury, 1993; Burns et al., 2012).

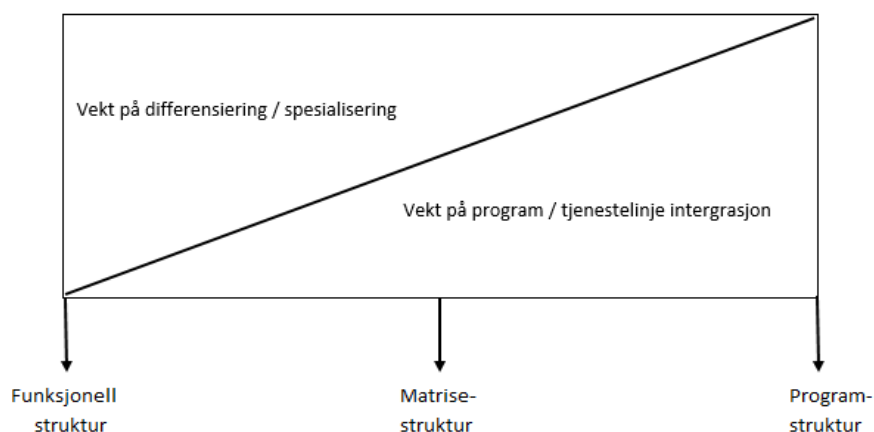
3.2 Integrasjon

I teorien *Structural Contingency Theory* beskrives integrasjon som prosessen for å koordinere ulike oppgaver, funksjoner og divisjoner, slik at de samarbeider. Alle organisasjoner krever en viss grad av koordinering på tvers av spesialiserte funksjoner (Charns & Tewksbury, 1993; Burns et al., 2012; Jones, 2013).

I ulike organisasjoner er arbeidet til ulike individer, og ulike deler av organisasjonen gjensidig avhengig av hverandre (Charns & Tewksbury 1993). De er gjensidig avhengig av hverandre (1) fordi det er en sammenkobling mellom elementene i arbeid utført av ulike personer eller deler av organisasjonen, og (2) fordi det er et behov for delressurser blant mennesker eller organisasjonsenheter (Charns & Tewksbury, 1993). I begge tilfeller, og spesielt hvor gjensidig avhengighet kommer fra selve arbeidet, kan ineffektiv koordinering redusere kvaliteten og effektiviteten av arbeidets ytelse.

3.3 Organisasjonsstruktur

I helsevesenet refererer man ofte til siloer, noe som forteller oss om en ikke-fungerende struktur der ulike deler fungerer autonomt og ikke er koordinert godt med hverandre (Burns et al., 2012; Jones, 2013). Differensiering og integrasjon kan ses i form av ulike organisasjonsstrukturer. Strukturene jeg kort skal beskrive er en funksjonell struktur, programstruktur og matrisestruktur. Den funksjonelle strukturen og programstrukturen er to motsetninger til hverandre, og legger henholdsvis til rette for differensiering og integrasjon i organisasjoner. I den funksjonelle strukturen organiseres virksomheten omkring fag og spesialister, mens i programstrukturen organiseres det omkring den enkelte prosess, på tvers av fagene og spesialiteten (Burns et al., 2012). I figur 2 danner disse to strukturene hver sin ende av kontinuumet og representerer grader av trade-off mellom differensiering og integrasjon. Matrisestrukturen er en kombinasjon av de to strukturene og befinner seg midt på kontinuumet i figur 2 (Charns & Tewksbury, 1993; Burns et al., 2012).



Figur 2: Organisasjonsstruktur (basert på Burns et al, 2012, s74 & Charns & Tewksbury, 1993, s28)

3.4 Det instrumentelle perspektivet

Gjennom det instrumentelle perspektivet forstår Morten Egeberg (1989) organisasjoner som et verktøy for å oppnå målsetninger. Burns et al (2012) hevder at en formell organisasjonsstruktur har en betydning for organisasjonens beslutninger og adferd. En organisasjonsstruktur ses på som formelle normer og regler, som beskriver hvordan en organisasjon er bygd opp (Egeberg, 1989). Dette kan eksemplifiseres gjennom figur 2, som viser tre formelle organisasjonsstrukturer.

En organisasjonsstruktur er en struktur som er fastsatt, og som er uavhengig av hvilke personer som er tilsatt i organisasjonen (Egeberg, 1984). Organisasjonsstrukturer fører en beslutning i en bestemt retning, noe som er høyst nødvendig i organisasjoner ettersom beslutningsdeltagere har begrenset rasjonalitet (Egeberg, 1984). Dette er videre med på å angi hva beslutningsdeltagere skal gjøre i detalj, og hvordan de skal handle i en organisasjon. En formell organisasjonsstruktur kan for eksempel snevre inn valgalternativene for deltagere og sile ut hva som ses på som problemer og løsninger (Egeberg, 1984).

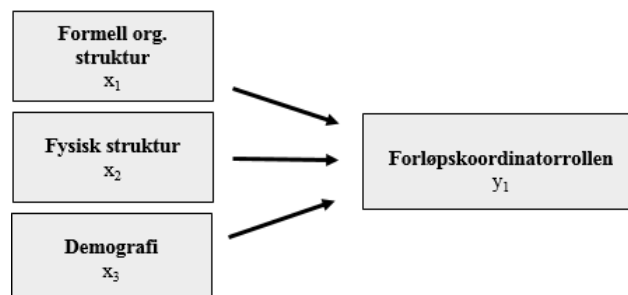
3.4.1 Egebergs instrumentelle analysemodell

I *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet* (1984) har Egeberg utviklet en analysemodell som består av to variabler. I modellen er den uavhengige variabelen *formell organisasjonsstruktur*, mens den avhengige variabelen er *faktisk beslutningsadferd*. Denne modellen ser nærmere på sammenhengen mellom den uavhengige variabel og beslutningsadferden (Egeberg, 1984). Noen år senere presenterte Egeberg (1989) to nye

variabler som også påvirker beslutningsatferden; *fysisk struktur* og *demografi*. Den instrumentelle modellen til Egeberg (1989) inneholder derfor tre styringsvariabler og danner grunnlaget for studiens modell. Denne modellen vil senere anvendes for å belyse hvordan forløpskoordinatorer opplever sin egen rolle.

Ifølge Egeberg (1989) kan formell organisasjonsstruktur i praksis vises gjennom organisasjonskart og stillingsinstruksjoner (Egeberg, 1989). En formell struktur skal sikre at roller som styrer adferd fremstår tydelig formulert. Egeberg (1984) poengterer at en klar og tydelig formulering skaper grunnlaget for en formell organisasjonsstruktur. Videre beskriver han fysisk struktur som hvordan organisasjonens geografiske lokalisering kan påvirke adferden i organisasjonen (Egeberg, 1989). Han beskriver demografi som hvordan aktørens erfaring, utdanning, kjønn, alder og andre sosiale faktorer kan påvirke beslutningsadferd (Egeberg, 1989). Erfaring kan for eksempel gi bedre forutsetninger for å forstå en rolle. Faktisk beslutningsadferd er derimot handlinger som gjøres i en beslutningsprosess. Det vil si at det her ikke er innholdet i de konkrete beslutningene som er i fokus, men aktørers adferd i selve beslutningsprosessen (Egeberg, 1984).

Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i analysemodellen til Egeberg (1989). Modellen vil kunne bidra til en forklaring på hva som påvirker den avhengige variabelen. I denne oppgaven er de uavhengige variablene formell organisasjonsstruktur (x_1), fysisk struktur (x_2) og demografi (x_3). Den avhengige variabelen er forløpskoordinatorrollen (y_1). Disse variablene vil diskuteres i kapittel 6, og kan vise en sammenheng mellom de uavhengige variablene (x_1 , x_2 , x_3) og forløpskoordinatorrollen (y_1).



Figur 3: Oppgavens analysemodell (basert på Egeberg, 1989, s17)

3.4.2 Forventning

Denne oppgaven har som hensikt å undersøke hvordan forløpskoordinatorer opplever sin egen rolle. I forkant av innsamling av datamaterialet hadde jeg en hypotese om at de uavhengige variablene x_2 og x_3 skulle vise en sammenheng med den avhengige variabelen y_1 . Denne analytiske tilnærmingen kan være med på å forklare hvordan forløpskoordinatorene opplever og forstår sin egen rolle.

En formell organisasjonsstruktur (x_1) kan brukes som et verktøy for å gi instruksjoner og retningslinjer. Det betyr at en formell organisasjonsstruktur i sin hensikt kan beskrive hvordan personer opplever sin egen rolle i en organisasjon. Jeg forventer ikke å finne en sammenheng mellom x_1 og den avhengige variabelen y_1 . Det skyldes, som tidligere beskrevet, at x_1 er uklar og desto viktigere vil da, de uavhengige variablene x_2 og x_3 være.

Fysisk struktur (x_2) kan derimot brukes som et verktøy for å studere lokaliseringen av forløpskoordinatorer. Lokalisering kan beskrives som fysisk struktur, og kan derfor beskrive hvordan forløpskoordinatorer opplever sin egne rolle. Basert på denne uavhengige variabelen forventer jeg å finne en sammenheng mellom hvor forløpskoordinatorer er lokalisert og deres oppfatning av egen rolle på OUS. I tillegg hadde jeg en forventning om å finne en forskjell i hvordan rapportering foregår ved de forskjellige lokalisasjoner, basert på hvor forløpsleder sitter.

Demografi (x_3) er den uavhengige variabelen som skal brukes i diskusjonen for å undersøke hvordan erfaringen til hver enkelt forløpskoordinator har en innvirkning på rollen. Demografi kan også være med på å beskrive hvordan forløpskoordinatorer opplever sin egen rolle. Med tanke på demografi forventet jeg at det skulle være en sammenheng mellom erfaringen til de ulike forløpskoordinatorene og forståelsen av rollen.

4 METODE

I dette kapittelet vil den metodiske tilnærmingen til oppgaven presenteres. Jeg vil først redegjøre for metodevinkling. Det vil deretter bli redegjort for hvordan innsamlingen av data foregikk, utvalg av informanter og hvordan analyse av data er gjennomført. Til slutt vil jeg reflektere over etiske betraktninger og metoden.

4.1 Metodevinkling

Det som er avgjørende for valg av metode er hva slags problemstilling man er ute etter å besvare (Malterud, 2017). En kvalitativ tilnærming muliggjør det å fange opp erfaringer, og oppfatninger om forståelsen og utførelsen av forløpskoordinatorrollen. Malterud (2017) beskriver kvalitativ metode som strategier som beskriver, tolker og analyserer egenskaper ved et bestemt fenomen.

4.2 Datainnsamling: dybdeintervju

Det er valgt å samle inn data gjennom kvalitative forskningsintervju. Den vanligste måten å samle inn datamateriale i kvalitativ metode er via forskningsintervjuer (Malterud, 2017; Yin, 2018). Det er tre hovedmetoder for å gjennomføre intervjuer innen kvalitativ metode: ustrukturert, strukturert og halvstrukturert intervjuer (Thagaard, 2013). Ustrukturerte intervjuer prøver å unngå å lede deltakeren i noen som helst retning, og spørsmål er ikke forberedt i forkant. Strukturerte intervjuer har i forkant utarbeidet spørsmål og det er lite rom for åpen samtale.

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke halvstrukturert intervjudesign. Spørsmål ble utarbeidet på forhånd, men designet tillot meg i større grad å stille oppfølgingsspørsmål.

Halvstrukturerte intervju gjør intervjuene mer frie og åpne (Creswell, 2013). Intervjuguiden (Vedlegg B) ble utarbeidet for å passe til dybdeintervjuer og bestod av to hovedtemaer: *rolleforståelse* og *rolleutførelse*. Flere forfattere nevner at det er nyttig å analysere intervjuene parallelt med innsamlingen fordi man da får et innblikk i om man har tilstrekkelig data til å belyse problemstillingen (Justesen & Mik-Meyer, 2012; Malterud, 2017). Jeg har analysert intervjuene parallelt med innsamlingen av data og det resulterte i at jeg valgte å droppe fokusgruppeintervju fordi det var tilstrekkelig med data etter dybdeintervjuene.

Dybdeintervjuer med en halvstrukturert tilnærming egner seg godt til å stille utdypende spørsmål og tilpasse spørsmålene til en viss grad for den enkelte deltaker (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2017). Slike intervjuer blir ofte gjennomført med informanter som har solid ekspertise for fenomenet som studeres. Malterud (2017) påpeker at det i kvalitative studier ikke er ønskelig å standardisere intervjusituasjonen og at en intervjuguide burde kunne revideres underveis.

Det ble brukt halvstrukturerte intervjuguider og under dybdeintervjuene ble samtalen formelt ledet av en moderator. Intervjuene hadde en naturlig flyt, men samtidig hadde intervjuet fortsatt en spørrende tilnærming. Intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass for å gjøre det enklest mulig for dem til å ta seg tid til en samtale. Intervjuene ble gjennomført på tilnærmet samme tid og har skapt et bilde av *nå*-situasjonen i pakkeforløpet.

4.3 Utvalg

Utvalget mitt består av informanter på to nivåer. Nivå 1 består av forløpskoordinatorer og nivå 2 består av personer med tilknytning til pakkeforløpet og på et overordnet nivå. Disse informantene er valgt på bakgrunn av deres ekspertise om fenomenet som studeres.

Informantene har blitt plukket ut av en person på OUS, og det er OUS som er ansvarlig for rekrutteringen av informanter. I de fleste tilfellene tok personer fra OUS førstekontakt med informantene og knyttet deretter kontaktinformasjon med meg. I etterkant av dette var det jeg som avtalte intervjuene med de aktuelle informantene. Det kan diskuteres hvorvidt jeg ble styrt i en bestemt retning på grunn av dette, men det trenger ikke å gi et skjevt bilde av informasjonen som har blitt samlet inn.

På forhånd ble det vurdert at det ville være tilstrekkelig å gjennomføre 5-10 dybdeintervjuer. Dette ville være et dekkende antall for en tilnærming som kunne vise en tendens. Den metodiske tilnærmingen har gitt et innblikk og forståelse av relevante aspekter ved forløpskoordinatorrollen.

4.3.1 Informanter

I denne oppgaven vil informanter fra nivå 1 bli kalt forløpskoordinator fordi det er disse personene jeg studerer og vil si noe om. Forløpskoordinatorer er alle ansatt på OUS og de er eller har vært forløpskoordinator i pakkeforløpet. Det ble gjennomført intervjuer med fem forløpskoordinatorer. Videre vil informanter fra nivå 2 bli kalt informanter. Det skyldes at disse personene betrakter fenomenet eller har en tilknytning til forløpskoordinatorer. Informantene er alle ansatt på OUS. Det ble gjennomført fire intervjuer med forskjellige informanter. Informantene bestod av en forløpsleder, en leder, en overlege og en rådgiver. Kategoriseringen er gjort med tanke på å gjøre det lettere for meg selv og leseren å skille mellom informantene når jeg presenterer og diskuterer funn.

4.4 Dataanalyse

Analysen ble utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC). STC er en hensiktsmessig metode som brukes til å analysere kvalitative data (Malterud, 2017). Denne metoden bruker en fire-trinns prosess for å analysere, sortere og kode data som er samlet inn. Fire-trinns prosessen består av: (1) helhetsinntrykket, (2) meningsbærende enheter, (3) kondensering og (4) syntese (Malterud, 2017).

Som første steg (1) anbefaler Malterud (2017) å lese gjennom datamaterialet som er samlet inn. De transkriberte intervjuene i denne oppgaven ble lest igjennom for å få en bred oversikt over dataen før det var hensiktsmessig å starte med kategorisering og videre analysering. I denne startfasen ble det identifisert to hovedkategorier som ble utgangspunktet for det neste steget.

I det andre steget (2) er det viktig å trekke ut det mest meningsfulle fra kategoriseringen som ble identifisert i første trinn. Dette steget reduserer irrelevant data, og fokuserer på å skape relevante koder for oppgaven (Malterud, 2017). Materialet ble derfor delt inn i to hovedkategorier: *rolleforståelse* og *rolleutførelse*. Innenfor disse kategoriene ble det opprettet ti koder som ble brukt i neste steg.

I det tredje steget (3) trekker man ut meningsfulle enheter fra kodene som ble opprettet i det forrige trinnet og hver meningsfulle enhet blir deretter delt opp og videre forkortet i undergrupper (Malterud, 2017). Meningsfulle enheter ble på bakgrunn av dette delt inn i undergrupper for å identifisere de mest aktuelle undergruppene for oppgavens kontekst.

Det fjerde og siste steget (4) bestod av å forsøke å danne seg et helhetlig bilde av dataen og trekke ut det mest relevante for å lettere kunne se funnene (Malterud, 2017). Her presiserer Malterud (2017) at dataen fortsatt må representere informantenes stemme, meninger og refleksjoner. I kapittel 5 vil funnene bli presentert ved hjelp av seks kategorier.

4.5 Ethiske betraktninger

Rollen til en forsker bør alltid være å reflektere over ulike dilemmaer som kan oppstå underveis i forskningsprosessen og hvordan man best mulig kan håndtere disse (Malterud, 2017). Det har derfor vært viktig for meg gjennom denne prosessen og være bevisst på egne tolkninger slik at disse ikke begrenser datamaterialet. Jeg har hatt en hospiteringsperiode hos Kreftklinikken tidligere og deltatt i en arbeidsgruppe som har arbeidet med å opprette et standardisert pasientforløp for forløpet. I løpet av hospiteringsperioden gjorde jeg meg opp noen tanker og meninger som kan ha lagt føringer for valgene mine i denne oppgaven, og det har derfor vært viktig for meg å reflektere over egen erfaring.

I denne studien har samtlige informanter fått utlevert informasjonsskriv og samtykkeskriv (Vedlegg A) i forkant av intervjuet slik at informert samtykke ble ivaretatt. Det har vært viktig for meg som forsker å gi god nok informasjon om studien og hvilke rettigheter man har som en informant. Intervjuet ble derfor ikke gjennomført før informanten hadde signert og forstått samtykkeskrivet. Malterud understreker at informanter skal ha god informasjon om studien til å kunne ta stilling til om man ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2017). Informantene ble informert om at hvis man ønsket å få tilsendt egne sitat i sammenheng så kunne man ta kontakt med undertegnede. Informantene ble også gitt informasjon om at de kunne ta kontakt hvis de ønsket å trekke seg fra studien.

Alle kandidatene fikk tildelt et identifikasjonsnummer i forkant av intervjuet for å sikre full anonymisering. Jeg har bevisst latt være å bruke opplysninger som kjønn, alder, yrkesstatus

og andre opplysninger som kan være med på å avsløre identiteten til vedkommende. Dette er gjort fordi utvalget er såpass avgrenset at det vil kunne føre til gjenkjenning. Jeg har også valgt å anonymisere pakkeforløpet av etiske hensyn. For å ivareta personvern ble studien meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og registrert hos Personvernombudet på OUS (PVO) i forkant av prosessen. PVO innvilget min søknad om å få samle inn data på OUS og studien ble godkjent av NSD (Vedlegg C).

4.6 Evaluering av metode

Det er som forsker viktig å være klar over metodens begrensninger. Malterud nevner tre grunnleggende betingelser for kunnskap: refleksivitet, relevans og validitet (Malterud, 2017).

Refleksivitet handler om kvaliteten på dataen som samles inn (Malterud, 2017). I denne studien har jeg fått en person internt på OUS med mer kunnskap om feltet enn meg til å plukke ut informanter. Det at jeg har snakket med alle forløpskoordinatorerne i pakkeforløpet, og fått flere like svar sikrer troverdigheten av innsamlet data. Det ble satt av god tid til intervjuene, slik at informantene kunne snakke fritt og lenge uten å forholde seg til tid. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i ettertid. Det kan ha redusert faren for at egne oppfatninger har påvirket dataen. Jeg har vært klar over at det kan ha oppstått skjevhet i de forskjellige intervjuene i og med at jeg har lært mer om rollen underveis og at jeg kan ha stilt litt annerledes oppfølgingsspørsmål i de forskjellige intervjuene.

Relevans handler om at studien kan være relevant i større eller andre sammenhenger (Malterud, 2017). I denne studien ser jeg på *nå*-situasjonen innenfor ett pakkeforløp for kreft. Det er en svakhet at informasjonen datamaterialet gir i denne studien ikke kan generaliseres på OUS fordi man kun har snakket med informanter innenfor ett forløp. Man kan heller ikke generalisere disse funnene på regionalt eller nasjonalt nivå fordi innføringen av forløpskoordinatorrollen er gjort på forskjellige måter rundt omkring i landet. Det vi derimot kan si er at metoden kan overføres til andre studier omkring forløpskoordinatorrollen i andre pakkeforløp for kreft.

Validitet handler om hvor god tolkningen av dataen er (Malterud, 2017). I presentasjonen av datamaterialet har jeg forsøkt å bruke mye direkte sitater for å sikre at jeg presenterer reelle

data. Jeg som forsker har ingen klinisk bakgrunn, noe alle informantene har. Vi kan anta at dette har ført til at jeg har oppfattet eller reflektert over ting informantene har sagt på en annerledes måte enn informantene selv. Dette er noe som kan ha ført til misforståelser og jeg må derfor være åpen for at jeg ubevisst kan ha tatt ting ut av sin opprinnelige kontekst.

5 FUNN

I dette kapittelet vil jeg ta for meg en presentasjon og analyse av datamaterialet. Det vil i hovedsak basere seg på intervjuer med forløpskoordinatorer og informanter som er beskrevet i underkapittel 4.3.1. Jeg vil i delkapittel 5.1 presentere funn om den formelle organisasjonsstrukturen (x_1). Dette delkapitlet vil være delt inn i to underkapitler som undersøker innholdet i rollen og MDT-møter. Jeg vil i delkapittel 5.2 og 5.3 ta for meg fysisk struktur (x_2) og demografi (x_3). Videre vil jeg i delkapittel 5.4 presentere utfordringer i rollen. Deretter vil jeg i delkapittel 5.5 og 5.6 presentere funn som omhandler samarbeid og meglerrollen. Til slutt vil jeg kort oppsummere kapittelet før videre diskusjon.

5.1 Formell organisasjonsstruktur

I kapittel 2 ble det forklart at det ble stilt krav til opprettelse av en ny funksjon som forløpskoordinator knyttet opp mot pasienter i hvert enkelt pakkeforløp. Det skulle være en tydelig og klar rolle som ble tillagt flere funksjoner som var antatt å være viktig for å lykkes i rollen. Gjennom innføringsprosessen har avdelingene som er delaktige i pakkeforløpene fått i oppdrag å opprette en stilling som forløpskoordinator for hver enkelt avdeling. Det skal, fra sentrale hold, blitt utviklet prosedyrer og retningslinjer for forløpskoordinatorer vedrørende henvisningsrutiner, koding og monitorering.

Det foreligger en generell enighet blant de fleste forløpskoordinatorene om at det har vært betydelig rom for autonomi i rollen når den ble implementert i 2015. Dette funnet kan eksemplifiseres med at en forløpskoordinator sier:

«Man har jo en instruks som sier hva man skal gjøre, men så er det litt sånn at man tar utgangspunkt i det som handler om pasientene for det meste. Det skyldes at man føler at det er der man bør legge inn jobben ...» og en annen forløpskoordinator sier: *«Det finnes noen få instruksjoner om hva rollen går ut på, som for eksempel nivå i prosedyren. Der står det hva man skal gjøre, men vi gjør nesten ingenting av det som står der».*

En informant sier:

«Jeg tror ikke rollen er godt nok forankret i form av instruksjer eller retningslinjer. Altså den er nok greit forankret, men jeg tror ikke vi har hatt bra nok fokus på det. Jeg tror det henger sammen med at noen fikk en ny stilling som forløpskoordinator og andre bare fikk oppgavene inkludert i sin daværende rolle. Det har ikke vært nok fokus på å utarbeide en ny stillingsinstruks, men det fantes en instruks for de som fikk ny stilling, men pasientkoordinatorerne har bare fortsatt i den stillingen de hadde».

Det er enighet blant informantene om at det har vært mangel på instruksjer om hva en forløpskoordinator skulle gjøre ved innføringen av rollen. De nevner videre at de synes det har tatt lang tid å få et klart og tydelig svar på hva som forventes av en forløpskoordinator. Informantene trekker spesielt frem at forløpskoordinatorerne jobber ulikt på mange måter, og at det ikke har vært en klar standard og en felles forståelse for hva forløpskoordinatorerne skal gjøre. En informant sier: *«Det har ikke vært nok fokus på å utarbeide en god stillingsinstruks»*. Enkelte forløpskoordinatorer påpeker at den ulike tilnærmingen til utformingen av rollen er en av hovedgrunnene til at rollen oppleves ulikt innad i det enkelte forløp. Dette kan eksemplifiseres slik:

«Jeg hadde en forventning om at jeg skulle få til mer, og at jeg skulle klare å få pasienter igjennom pakkeforløpet fortere. Det ble ikke satt noen spesifikke forventninger til meg. Det var en helt ny rolle, så det kan ha vært noe med det. Det ble mer sånn at man skulle gå det til i starten og man stod mer fritt».

og

«Jeg forventet struktur egentlig, at det var litt mer former rundt det hele. Det var mye som var uavklart, og rollen var så utydelig. Det ble heller ikke stilt noen forventninger til meg når jeg overtok stillingen annet enn at jeg ble lært opp av min forgjenger ...».

5.1.1 Innholdet i rollen

En forløpskoordinator sier:

«... Jeg tar imot alle henvisninger her hos oss, og tar pasienter inn til poliklinikk eller direkte inn til operasjon. En annen ting jeg driver med er å kode inn forløpskodene da, men det er ikke det som er hovedfokuset mitt. Det er kun en liten del av det vi gjør slik at dette er noe jeg prioriterer sist ...».

To av forløpskoordinatorene sier:

«... Det er flere roller egentlig. Det går på det med henvisninger. Koordinering av MDT-møter. Sette opp pasienter til polikliniske timer. Så det er mye koordinering med at man skal innkalle til ting slik at alt ligger til rette for legen ...».

og

«... Jeg har ansvar for å kalle inn pasientene etter at legen har vurdert henvisningen og prøve å ivareta de ti dagene vi har før første oppmøte. Min oppgave er å følge opp pasienten underveis i utredningen frem til den kliniske beslutningen er tatt ...».

De fleste forløpskoordinatorene sier at rollen går ut på å ha direkte kontakt med pasientene, sørge for at pasientene kommer raskt inn og være en kontaktperson for pasienten. Det er tydelig at forløpskoordinatorene praktiserer flere av de samme arbeidsoppgavene, men på ulike måter i de forskjellige avdelingene. Noen av informantene forteller at rollen går ut på å være en kontaktperson for både pasient og pårørende gjennom forløpet, de nevner også at koding er en viktig del av arbeidet: *«... det å ha oversikt over tall, sørge for at tider er overholdt. Det er også viktig å kode all data i sanntid ...».* Forløpskoordinatorene trekker spesielt frem at koding er en sentral faktor for at man opplever rollen ulikt. En forløpskoordinator sier:

«Koding er en viktig del av arbeidet vårt, men det kommer sist i arbeidet mitt på grunn av at det dukker opp så mye annet i løpet av en hverdag. Noen ganger føler jeg at det bare er tall som tastes inn i et system også brukes ikke tallene til noe ...».

To av forløpskoordinatorerne sier:

«Jeg kodet ikke selv noe jeg i ettertid har skjønt at jeg burde. Jeg hadde en sekretær som gjorde det for meg. Koding er en viktig oppgave som alle forløpskoordinatorer burde gjøre ...»

og

«Koding er en ganske stor del av rollen til en forløpskoordinator, og det er mange målepunkter. Det er fire eller fem målepunkter per pasient som skal fylles inn i et pakkeforløp ...».

Forløpskoordinatorerne har ulike oppfatninger om hvor viktig disse tallene er og arbeider med å kode deretter. Flere informanter trekker frem at det er ulikt hvordan avdelinger har løst utfordringene med koding. Det kommer også frem at forløpskoordinatorerne har ulik eller ingen opplæring i å kode. Noen av forløpskoordinatorerne gir uttrykk for at de skulle ønske at de hadde hatt et standard kurs eller en felles standard for opplæring i koding. Andre forløpskoordinatorer sier at det var organisert et kodekurs når innføringen av rollen skjedde i 2015, men nyansatte i ettertid ikke har fått tilbud om slike kurs. Det er flere av forløpskoordinatorerne som har etterspurt kursing, men at det aldri har blitt gjort noe med. To av forløpskoordinatorerne trekker frem at man har følt seg litt alene vedrørende å lære seg å kode: *«Jeg har etterspurt etter opplæring, men aldri fått det. Så jeg har prøvd å lære meg det på egen hånd»* og *«Det ble aldri satt i gang noen tiltak slik at jeg kunne lære meg å kode, det tror jeg nesten måtte ha skjedd på eget initiativ».*

5.1.2 MDT-møter

Det er en felles enighet blant forløpskoordinatorerne om at de ikke har en sentral rolle i MDT-møtene. En forløpskoordinator sier: «... jeg har ingen sentral rolle i MDT-møtene ...» og en annen forløpskoordinator bekrefter inntrykket: «Jeg har ikke noen spesifikk rolle i møtene ...». Enkelte forløpskoordinatorer nevner at de er observatører i disse møtene og hjelper til via DIPS som for øvrig er et informasjons- og pasientsystem på sykehus. En informant eksemplifiserer dette: «Jeg sitter i DIPS for å supplere med opplysninger underveis i MDT-møter».

De fleste forløpskoordinatorerne er enige om at læringsutbytte fra disse MDT-møtene er nyttige, men at kvaliteten varierer i stor grad. En forløpskoordinator uttrykket sine tanker slik: «Kvaliteten på disse møtene varierer veldig. Det handler rett og slett om at legene ikke tar dette seriøst nok, og møter opp uforberedt og når de selv ønsker ...».

Flere forløpskoordinatorer stusser over at de ikke har en viktigere rolle i disse MDT-møtene, ettersom det er de som kommuniserer med pasienten og dermed vet mer om hver enkelt pasient. Enkelte forløpskoordinator hadde forventet en mer aktiv rolle i disse møtene. En forløpskoordinator sier dette:

«I disse møtene burde forløpskoordinator ha en viktigere rolle. Legene snakker et veldig teknisk språk, diagnosespråk. For dem er det helt irrelevant om en pasient har sosiale utfordringer eller bruker rullestol etc. Jeg trodde at jeg skulle komme inn med den delen i disse møtene, men det har ikke vært et tema engang».

Informantene har også samme oppfatning av rollen til forløpskoordinator i MDT-møter. Som er at rollen varierer fra diagnose til diagnose. En informant sier: «Det er ikke en standard for hva man kan kreve av en forløpskoordinator på et MDT-møte. Noen er der litt sekundært, det er ikke de som har hovedansvaret ...».

5.2 Fysisk struktur

Organiseringen av forløpskoordinatorer på OUS ble gjennomført slik at det ble knyttet en forløpskoordinator til hver avdeling som var involvert i forløp. En slik beslutning gjorde at forløpskoordinatorerne innenfor samme forløp sitter på forskjellige lokalisasjoner. Forløpskoordinatorerne er enige i at ulik lokalisering kan by på utfordringer og en forløpskoordinator uttrykker seg slik:

«Organiseringen av forløpskoordinatorerne er uegnet spør du meg, man sitter sammen med forløpskoordinatorer for andre diagnoser og ikke sin egen. Det er også veldig høyt under taket, og det er veldig mye støy. Man får ikke den roen man trenger ...».

Det er derimot ulik oppfatning om hva den beste måten å organisere koordinatorerne på er. Noen av forløpskoordinatorer mener at den beste organiseringen er at koordinatorerne har en nærhet til hverandre, slik at de samles på en lokalisasjon. En forløpskoordinator som mener at man burde samlokalisere koordinatorerne er redd for at pasientene skal glippe i disse såkalte «*overgangene*» eller at de slipper dem for tidlig. En annen forløpskoordinator mener at «... *det er lettere å diskutere pasienter hvis man bytter seg imellom når man faktisk sitter sammen*».

De andre forløpskoordinatorer mener at den beste organiseringen er i nærhet til avdelingen de tilhører. En forløpskoordinator mener at det er lurt at forløpskoordinatorerne sitter på et henvisningsmottak som de gjør per dags dato, fordi de da ser henvisningene som kommer inn og tar tak i dem med engang. En annen forløpskoordinator mener at de burde være lokalisert slik de er nå, men at de burde ha en forløpskoordinatorleder for forløpet som har den overordnede oversikten og ansvaret for forløpet. Forløpskoordinatorerne er enige om at det vil være nyttig at det blir opprettet et møteforum for de ulike diagnosene, slik at forløpskoordinatorerne kan diskutere utfordringer og snakke om hva som fungerer hos de ulike lokalisasjonene.

Flere av informantene jeg har snakket med ser også nytten av at forløpskoordinatorerne burde være mer samlokalisert i diagnosegrupper. Dette er fordi man jobber mye på tvers av avdelinger og at det faglig ville vært nyttig å jobbe mer sammen i et team. Det vil være lettere

å overlappe hverandre, ettersom flere avdelinger oftest jobber med samme pasienter. På denne måten kan de hjelpe hverandre gjennom store fraværperioder og ferier. Informantene er derimot ikke sikre på om det er rett tid til å samlokalisere eller endre på organiseringen av forløpskoordinatorene.

Når det gjelder forløpsmøter sier forløpskoordinatorene som har vært med fra starten av at de synes møtene ble prioritert i starten, men at det i senere tid har blitt nedprioritert eller glemt. En forløpskoordinator påpeker at lokaliseringen av forløpslederen har en betydning på hvor godt samarbeidet i disse møtene er:

«Slik jeg opplever det så tar forløpsleder opp mange av avdeling A sine utfordringer, men tar ikke opp noen av avdeling B sine utfordringer. Forløpslederen snakker ikke med meg om hvilke utfordringer vi har her hos oss, og da blir personen mer en forløpsleder kun for avdeling A og ikke en for hele forløpet».

Forløpskoordinatorene føler at det som skjer hos dem ikke er like viktig, ettersom forløpsleder sitter på en annen lokalisasjon, føler forløpskoordinatorene at forløpslederen er mer opptatt av hva som skjer på den lokalisasjonen. Forløpskoordinatoren sier videre at samarbeidet ikke er så godt som det kunne ha vært, og at det kan skyldes lokaliseringen. En informant forsterker inntrykket ved å si: *«jeg synes at pakkeforløpet blir styrt fra avdeling A, og man ser på pakkeforløpet som et forløp for avdeling A».* Informanten sier at det er en utfordring fordi pasientene starter sin *«utredningsfase»* hos avdeling A og avslutter pakkeforløpet hos avdeling B. Det vil si at avdelingene samarbeider om de samme pasientene, og det burde derfor være et større fokus på hele forløpet.

5.3 Demografi

Det har nå gått fire år siden innføringen av en forløpskoordinator til hver avdeling som er involvert i pakkeforløp ble gjennomført som nevnt i delkapittel 2.4. Forløpskoordinatorene har en ulik oppfatning av om rollen har endret seg i løpet av de disse årene. En forløpskoordinator sier: *«Det har blitt lagt til flere oppgaver, og vi har fått en ny tittel. Vi jobber på samme måte som før innføringen ...»* og en annen sier: *«... jeg synes ikke rollen har*

endret seg. Jeg føler jeg gjør de samme tingene som jeg alltid har gjort ...». En forløpskoordinator påpeker derimot noe interessant:

«Jeg hadde tittelen som pasientkoordinator før dette, og fikk en ny tittel som forløpskoordinator når pakkeforløpene kom. Jeg er litt usikker på hvor mye rollen har endret seg, jeg mener at den opprinnelige rollen jeg hadde bare har fått ekstra arbeidsoppgaver og en ny tittel ...».

Det er flere av forløpskoordinatorerne som nevner at det er et problem med å skille mellom en pasientkoordinator og forløpskoordinator. Flere av forløpskoordinatorerne trekker frem det at de har slitt med å forstå forskjellen og at det derfor er vanskelig å se om rollen har endret seg. En forløpskoordinator beskriver forskjellen slik:

«En pasientkoordinator er en som setter opp timer, tar imot henvisninger og får pasientene inn i systemet. En forløpskoordinator har et helt forløp å holde oversikt over, og følger pasientene fra start til slutt. Det blir en annen type oppfølging. Forløpskoordinatorrollen innehar et mye større ansvar enn en pasientkoordinator».

Det er tydelig at det er erfaring som påvirker hvordan forløpskoordinatorerne opplever rollen. Forløpskoordinatorer som opprinnelig var pasientkoordinatorer mener at arbeidsoppgavene har endret seg i form av ekstra arbeid og at deres oppfatning er at rollen er den samme. Forløpskoordinatorerne som er ansatt etter innføringen mener at rollen har endret seg i form av at den har blitt litt mer synlig i organisasjonen enn tidligere. Noen informanter forteller at de ikke er sikre på om det er rollen som har forandret seg, eller om det er forventningene til rollen som har forandret seg. En informant sier:

«... det at det forventes mer, gjør at forløpskoordinatorerne gjør mer. Så jeg vil ikke si at det er rollen som har forandret seg, men at det heller er forventningene til rollen som har forandret seg siden innføringen».

Informanten hevder videre at man ikke har hatt nok fokus på å forankre rollen, og at det henger sammen med at noen fikk en ny stilling som forløpskoordinator og andre bare fikk oppgaven inkludert i rollen sin.

Det gis et inntrykk av at forløpskoordinatorerne per dags dato har forskjellige oppfatninger om hva rollen går ut på. Enkelte forløpskoordinatorer mener at dette skyldes at rollen ikke er godt nok forankret. En forløpskoordinator sier: *«Jeg føler ikke at rollen er godt nok forankret. Jeg føler egentlig bare at det er en ny tittel på det vi allerede har gjort en stund ...»*, og en annen forløpskoordinator mener på sin side *«... jeg vil ikke si at rollen er forankret hos oss, det er en veldig liten forståelse på hva en forløpskoordinator egentlig gjør ...»*. Derimot er det noen forløpskoordinatorer som mener det motsatte: *«Jeg tenker at rollen er godt forankret hos oss, men at vi gjør litt forskjellige ting her på sykehus A enn borte på sykehus B ...»* og *«... hos oss så tror jeg nok at rollen er greit forankret ...»*.

Som vist med sitatene over er det en todelt mening om rollen er forankret og man kan si at meningene til forløpskoordinatorerne baserer seg på erfaringen de besitter. Det er en tydelig forskjell i hvor lenge forløpskoordinatorerne har sittet i stillingen, og det kan ha en betydning på hvor godt man kjenner til sin egen rolle. En informant nevner dette med erfaring som en utfordring i forbindelse med at man har tolket rollen ulikt. Personer som hadde tittelen som pasientkoordinator har en annen oppfatning av rollen enn personer som ble nyansatt i forløpskoordinatorstilling.

Forløpskoordinatorerne hevder at det ikke ble satt noen spesifikke forventinger til dem når de ble ansatt i rollen. I tillegg fortalte de at det heller ikke har blitt forventet noe fra dem i ettertid, foruten om det som står i e-Håndboken. Forløpskoordinatorrollen var en rolle som tilsynelatende virket åpen og som forløpskoordinatorerne kunne forme på forskjellige måter. Usikkerhet på hvordan rollen skal utføres kan skape både en følelse av usikkerhet knyttet til arbeidsoppgaver, og forskjeller i hvordan rollen oppleves.

5.4 utfordringer i rollen

Som tidligere nevnt er OUS et stort sykehus med en funksjonsdeling mellom sykehusene, samt en stor grad av horisontal differensiering. I den offisielle implementeringsplanen fra Helsedirektoratet (2014), blir det beskrevet forventede utfordringer av implementeringen, hvor en sentral faktor var kapasitetsutfordringer. Alle forløpskoordinatorerne opplever kapasitetsutfordringer som en stor årsak til at det er krevende å utføre jobben. Det nevnes også at det er for liten operasjonskapasitet, og at dette fører til at man ikke klarer å opprettholde pakkeforløpsfristene.

En forløpskoordinator sier: *«Vi er fullt klar over at det er lite operasjonskapasitet, men det gjøres jo ikke noe med. Vi har seks operasjoner i uken med robot, og det er ikke bare vi som bruker roboten ...»*. Forløpskoordinatorerne påpeker at man har en ny robot tilgjengelig som vil øke kapasiteten fra 6 til 12 operasjoner i uken. Denne roboten er ikke tatt i bruk enda, og man vet heller ikke når den vil bli tatt i bruk. Forløpskoordinatorerne påpeker at de kunne fått mange flere pasienter igjennom, og vært nærmere det målet som er satt.

Flere forløpskoordinatorer nevner også at de synes det er etisk vanskelig å prioritere hvem de skal sette opp til behandling. Noen av forløpskoordinatorerne sier at det ikke finnes prioriteringslister, og mener at det er legeavhengig om pasienten kommer innenfor pakkeforløpsfristen eller ikke. Det å få pasienter inn til riktig tid fremheves som en stor utfordring av flere forløpskoordinatorer. Kapasitetsutfordringer er spesielt viktig her. En av forløpskoordinatorerne uttrykker det slik:

«Det ble sagt at man skulle ha myndighet til å endre timer på røntgenundersøkelser, slik at man fikk de timene man trengte og pasientene inn til riktig tid. Jeg har ikke fått noe makt eller myndighet til å gjøre det per i dag. Jeg er helt avhengig av at røntgen har ledige timer til meg. Det er en utfordring for meg som skal prøve å få pasientene så fort inn som mulig og overholde pakkeforløpstider».

Forløpskoordinatorerne virker skuffet over manglende tiltak for å øke kapasiteten, og en forløpskoordinator sier: *«... det er allerede vanskelig å nå forløpstidene per i dag, og det vil fortsette å være det hvis det ikke blir satt i gang tiltak for å øke kapasiteten»*.

Forløpskoordinatorerne antyder at det at de ikke lykkes i å opprettholde forløpstider skyldes andre faktorer enn kun deres egen rolle:

«... Jeg får ikke inn pasienter til normert tid når vi stadig vekk har kapasitetsutfordringer ...» og «... pasienter som henvises fra lokalsykehusene er som oftest ikke godt nok utredet, og da må vi starte hele utredningsprosessen om igjen hos oss».

Forløpskoordinatorerne påpeker at de av og til tenker at personer lengre opp i systemet ofte kun tenker på forløpstallene, og ikke på hva man faktisk bør gjøre for å rette opp i den negative tallene. En informant trekker frem at det er flere eksterne faktorer som spiller inn på om OUS skal klare å følge de normerte tidene.

«Hvis du får en henvisning, og den bruker 9 dager på å komme fra ett sykehus til et annet. Hvordan skal man klare å holde pakkeforløpstidene da. Det hjelper ikke at vi løper 10 minutter raskere hvis det allerede har tatt 9 dager i posten».

Informanten fortsetter med å si at det er slike utfordringer man må legge til rette for at forløpskoordinatorer skal kunne gjøre sin jobb best mulig. Informanten hevder at utredningsfasen på sykehus B er viktig, og at denne fasen burde kortes ned.

Forløpskoordinatorerne hevder at det er flere ledd i prosessen som må fungere optimalt for at de skal kunne etterstrebe forløpstidene. Dette kan eksemplifiseres slik:

«Vi merker at det ovenfra er et fokus på å spare to timer her og der. Vi merker presset ovenfra, men hvis pakkeforløpstidene har gått ut når vi får pasienten fra andre sykehus er det lite vi kan gjøre. Det hjelper ikke at du tar dem raskt inn når det allerede er over».

Forløpskoordinatorerne er enige om at kompetanse er viktig i rollen som forløpskoordinator. Det er en utfordring å ha en slik rolle hvis en ikke har kunnskap om diagnosen. En forløpskoordinator prøver å tydeliggjør dette ved å si: *«Jeg tenker at man må ha rikelig med kunnskap og godt kjennskap til den diagnosen man skal koordinere. Pasientene har som oftest*

en haug med spørsmål om behandling og bivirkninger». En annen forløpskoordinator kunne bekrefte dette med å vise viktigheten av å ha god kompetanse om diagnosen man jobber med:

«Jeg synes det var vanskelig med de pasientene som hadde fått påvist kreft og ringte tilbake for å spørre om råd om hva slags behandling man skulle velge. For mange av pasientene kan velge mellom strålebehandling og RALP. Det er noen ganger en utfordring med at man føler at man ikke har nok kompetanse til å gi dem nok råd».

Det er ikke kun i kontakt med pasienter det er viktig med kompetanse, men også situasjoner som når man sitter i MDT-møter og kommuniserer med behandlergruppen. Man burde kunne ha de faglige samtalene med behandlergruppen om hvorfor en pasient for eksempel skal få MR før en annen pasient. Det er spesielt viktig at en forløpskoordinator får med seg alt som blir sagt i disse møtene. Som det har blitt nevnt tidligere så brukes det et teknisk språk i MDT-møtene og forløpskoordinatorene behøver en viss kompetanse for å holde følge. En forløpskoordinator sier: *«Det er jeg som følger opp konklusjonene etter møtene og iverksetter det som har blitt bestemt på møtet».*

Noen av forløpskoordinatorene synes at fokuset på å effektivisere arbeid, som for eksempel å få pasienter fortrest mulig igjennom prosessen har blitt et problem. En forløpskoordinator sier:

«... jeg synes det har blitt en trend om at alt skal gå så innmari fort at vi ikke tar oss tid til å tenke over at all utredningen faktisk er gjort før vi melder opp pasienter til tverrfaglige MDT-møter ...».

Denne forløpskoordinatoren mener at det kanskje er bedre å *«... skynde oss litt sakte»*. På den måten vil de være sikker på at all utredning er ferdig til MDT-møtene, slik at pasienten kan få en konklusjon for videre behandling istedenfor at pasienten må komme på flere besøk og risikere å falle utenfor pakkeforløpstidene.

5.5 Samarbeid

Informantene forteller at intensjonen bak å opprette et forløpsteam, slik de oppfattet det var at man skulle få et mer tverrfaglig samarbeid og et møteforum hvor man kunne diskutere utfordringer, og å ta opp ting som burde endres i de bestemte forløpene.

En informant sier: *«Slike forløpsteam er noe vi ikke har hatt før, og det skaper et forum vi heller ikke har hatt før. Et slikt møteforum blir som et knutepunkt for personer involvert i forløpet»*. Flere informanter mener at et slikt forum er viktig for samarbeidet mellom forløpskoordinatorene i et bestemt forløp. En annen informant hevder at det er positivt at man har slike møteforum: *«Jeg mener at et slikt samarbeid hvor de snakker sammen mer enn bare om pasienten, det at de har faglige samarbeidsmøter for å diskutere hvordan man jobber er veldig viktig»*.

Informantene mener at man har et godt samarbeid mellom forløpskoordinatorene ved de aller fleste diagnosene. Forløpskoordinatorene har en lik oppfatning når det kommer til om det er forløpsmøter som har påvirket samarbeidet mellom forløpskoordinatorer. De hevder at disse forløpsmøtene ikke eksisterer. En forløpskoordinator påpeker at de har et møte med de andre forløpskoordinatorene i forløpet uavhengig av forløpsmøtene cirka en gang i måneden, og tar opp ting som er utfordrende. Forløpskoordinatoren gir et eksempel på hva et slikt møteforum kan gi:

«Vi hadde problemer med å få MR timer her på sykehus A. Så vi tok det opp, så nå kan kirurgene her bruke MR på Aleris. Det fikk man derimot ikke lov til på sykehus B, noe som er veldig spesielt siden vi tilhører samme avdeling, og dette er noe vi tok opp. Så nå får også sykehus B lov til å bruke Aleris, hvis kapasiteten er dårlig riktignok. Sånne ting har vi som forløpskoordinatorer vært med på å gjøre gjennom møtene våre. Så jeg vil si at samarbeidet oss imellom er bra».

Forløpskoordinatorene sier at disse møtene har hjulpet dem til å samarbeide bedre, og at de kommuniserer bedre med de andre koordinatorene etter at de opprettet slike møter. De trekker frem at de har blitt mye flinkere til å samarbeide gjennom å kommunisere via etablerte systemer. Man bruker IKT-systemer som DIPS til å kommunisere med de andre

koordinatorene og sikre gode overganger for pasienten. Enkelte forløpskoordinatorer påpeker også at de gjerne skulle ønske at samarbeide burde vært tydeligere mellom avdeling B og avdeling A. En informant sier seg enig i at samarbeidet mellom avdelingene kunne vært tydeligere: *«Arbeidet burde vært mer strukturert. Det er samme pasienter, men det er forskjellige ting som gjøres og til andre tidspunkt».*

Noen av forløpskoordinatorene trekker frem det at de savner mer deltakelse fra forløpsteamet, og at de føler de selv må dra forløpet alene. Flere forløpskoordinatorer forteller videre at det har vært 3-4 forskjellige forløpsledere siden innføringen av pakkeforløpet. De peker på at det er vanskelig å skape kontinuitet og stabilitet i arbeidet ettersom det skiftes forløpsleder så ofte som det har blitt gjort. Forløpskoordinatorene sier at de selv ofte måtte og må ta tak i å innkalle til forløpsmøter, og at det ikke hadde blitt noe av hvis ikke. En forløpskoordinator sier:

«Forløpsleder har ikke tatt tak i ting, og har ikke innkalt til møter. Hvis man etterspurte etter møter, så ble det ikke satt opp noen møter. Man kan si at disse møtene vi skulle ha har sklidd helt ut, vi har knapt møter lenger».

5.6 Meglerrollen

De fleste forløpskoordinatorene sier at pasienter ofte ringer, og at de har tøffe samtaler om at det for eksempel ikke er nok kapasitet til å ta inn pasienter daglig. Enkelte forløpskoordinatorer viser en følelse av at de sitter i skjæringspunktet mellom pasienten og pakkeforløpet. En forløpskoordinator eksemplifiserer dette:

«For meg er det vanskelig når pasienter ringer, og sier at de er inne i pakkeforløpet og at de skal behandles da og da. Jeg sitter jo med informasjon om at det ikke er kapasitet til å behandle den pasienten til normert tid. Det er en påkjenning å si det til pasienten».

Flere forløpskoordinatorer gir uttrykk for at de føler seg som en omsorgsgiver for pasienten, organisasjonen og pakkeforløpet. En forløpskoordinator forteller de ønsker at pasienten skal få behandling til normert tid, og at de prøver å gi den omsorgen som er nødvendig til

pasientene. Forløpskoordinatorene sier videre at de for eksempel prøver å unngå å bruke ordet *kreft* når de snakker med pasienten, og at de ønsker å få til alle undersøkelsene på en dag slik at pasienten slipper å reise så mye frem og tilbake. Flere forløpskoordinatorer påpeker viktigheten av å ha en bred oversikt over detaljene til pasienten slik at de kan sette opp et løp som passer pasienten best. En forløpskoordinator sier: «*Vi prøver å legge til rette for at pasienten skal få en så god vei gjennom forløpet som mulig*».

En annen forløpskoordinator snakker om at det krever mye planlegging i forkant, slik at alle pasientene i pakkeforløpet koordineres med de ressursene man har tilgjengelig på OUS. Forløpskoordinatoren snakker om at de må ha en bred oversikt over rytmen på sykehuset. For eksempel kan dette være at de må planlegge polikliniske timer i hverdager på dagen og ikke på kvelden. Et annet eksempel er at enkelte personer kun er på vakt visse dager, slik at de må planlegge undersøkelser til spesifikk dager.

Forløpskoordinatoren sier at forløpstidene kan skape en konflikt med tanke på avtaler med personell som er på ferie eller har fri «... *som et resultat av ferier eller helgefri, så fokuserer jeg på å redusere presset på organisasjonen ved å presse på en ekstra avtale for å unngå flaskehals etter en ferie*». En forløpskoordinator påpeker at de prøver å planlegge alle undersøkelser før MDT-møtene som de har på spesifikke dager, hvilket skyldes at man ønsker et effektivt forløp. Det er bortkastet å ta opp en pasient i et MDT-møte når ikke alle undersøkelsene er klare. Dette er enda et tegn på at forløpskoordinatorene prøver å ta hensyn til organisasjonen.

Flere av forløpskoordinatorene sier at det å ta hensyn til pakkeforløpet først og fremst handler om å etterstrebe de forløpstidene som er definert av Helsedirektoratet, eksempelvis første oppmøte for pasienten skal være innen 10 dager etter henvisningen er mottatt. Forløpskoordinatorene er enige om at det ikke alltid er like lett å holde forløpstidene, og at det ofte skyldes organisatoriske og eksterne utfordringer «... *det var en periode hvor vi ikke hadde et ordentlig system slik at henvisninger ofte lå nede på henvisningsmottaket i flere uker*».

En forløpskoordinator sier at de prøver å tilpasse seg pakkeforløpet så godt det lar seg gjøre, men at forløpskoordinatorer på OUS mangler myndighet til å sette opp timer til røntgen, på

grunn av kapasitetsutfordringer og at de er avhengig av at legene samarbeider for at man skal holde seg innenfor forløpstidene. En forløpskoordinator viser til en situasjon som satt forløpskoordinatoren i en utfordrende situasjon:

«Det var en pasient som ønsket å reise på ferie og vurderte å utsette behandlingen i 2-3 måneder. Da oppfordret jeg pasienten til å holde seg til planen, fordi jeg så at pasienten var innenfor pakkeforløpstidene og kom til å havne utenfor hvis ikke. Det handler litt om skjønn, men i denne situasjonen prøvde jeg å være lojal ovenfor pakkeforløpet».

Forløpskoordinatorene fremhever viktigheten av å være en megler mellom pasienten, organisasjonen og pakkeforløpet. Enkelte forløpskoordinatorer påpeker at de sitter i *midten*, og er en slags megler mellom de tre perspektivene. De fungerer da som en person som skal *binde* de tre perspektivene sammen. En informant trekker frem viktigheten av å ha forløpskoordinatorer *«Hadde vi ikke hatt disse stillingene så hadde vi ikke vært der vi er i dag. Man kan si at rollen har mer å gå på, men de har tilført mye positivt»*.

5.7 Oppsummering

Ved å gi en generell oppsummering av studiens funn kan man se at funnene viser at *utfordringer i rollen, samarbeid og meglerrollen* har en påvirkning på forløpskoordinatorrollen. Disse tre faktorene er likevel hovedsakelig en konsekvens av at den uavhengige variabelen x_1 er uklar. Funnene viser at det er en variasjon i hvordan forløpskoordinatorene opplever og forstår sin egen rolle, nettopp på grunn av x_1 .

De mest sentrale funnene viser at det er ulike oppfatninger av rollen basert på tidligere *erfaringer* i tilsvarende rolle. I tillegg vises det at *lokalisering* av forløpskoordinatorer fører til en usikkerhet i rollen. Det blir også påpekt at *autonomi* og *standardisering* er sentrale faktorer som påvirker hvordan forløpskoordinatorene opplever rollen. Disse faktorene skaper en usikkerhet tilknyttet rollen og det er disse funnene som vil være hovedfokuset i diskusjonskapittelet.

6 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg ta for meg en diskusjon av de mest sentrale funnene, sett i lys av problemstillingen til oppgaven: *Hvordan opplever forløpskoordinatorer sin egen rolle?* De ulike teoretiske perspektivene som ble presentert i kapittel 3 vil bli brukt som en innfallsvinkel for å belyse forløpskoordinatorens rolle i en fagkontekst. Kapittelet er tematisk inndelt i tre delkapitler med tilknytning til ulike faktorer som kan påvirke rollen.

6.1 Fysisk struktur og organisering

Grønvold (2016) hevder at pakkeforløp har likhetstrekk med en matriseorganisering, ettersom forløpslederen ikke har noen formell myndighet og heller ikke utfordrer linjelederens myndighet. Utgangspunktet i en matriseorganisering er i midten av kontinuumet i figur 2, noe som viser en lik fordeling av differensiering og integrasjon i organisasjonen (Burns et al., 2012). Burns et al (2012) hevder også at det er vanskelig å få en matriseorganisering til å fungere optimalt i praksis. Funnene mine underbygger poenget til Burns et al (2012) og viser til at pakkeforløp på OUS ikke kan kategoriseres som en formell matriseorganisering, ettersom forløpsleder fortsatt ikke har noen myndighet. Det er også uklart hvor forløpskoordinatorene befinner seg på kontinuumet i figur 2. Dette underbygger Grønvolds funn og mine egne forventninger om at den uavhengige variabelen x_1 er uklar.

I pakkeforløpene er det opprettet et forløpsteam som består av en forløpsleder, flere forløpsansvarlige og flere forløpskoordinatorer fra ulike avdelinger som er involvert i det bestemte pakkeforløp. Intensjonen er et tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelinger og at de involverte i forløpsteamet skal rapportere hendelser til en prosessleder som for eksempel er forløpsleder i pakkeforløp.

Det er en variasjon i hvem forløpskoordinatorene fra de ulike avdelingene rapporterer til angående hendelser om pakkeforløp. Det kan diskuteres om forløpskoordinatorens fysiske struktur i organisasjonen kan påvirke deres oppfatning av hvem de skal rapportere til. Forløpskoordinatorer som befinner seg på en annen lokalisasjon enn forløpsleder rapporterer oftest til linjeleder. De forløpskoordinatorer som befinner seg på samme lokalisasjon som forløpsleder rapporterer derimot til forløpsleder. Denne forskjellen viser at det er en

sammenheng mellom hvor koordinatoren er lokalisert i forhold til prosessleder. Funnene viser at forløpskoordinatorer som er lokalisert andre steder enn prosessleder befinner seg nærmere den funksjonelle strukturen på kontinuumet, mens de forløpskoordinatorer som er lokalisert i nærhet av prosessleder befinner seg nærmere programstrukturen på kontinuumet i figur 2.

Grunnen til at lokalisering er problematisk er at det er en skjevhet blant koordinatorene om hvem det rapporteres til. En konsekvens av dette er at forskjellig rapportering fører til at intensjonen bak rapportering i pakkeforløp, som er å rapportere til prosesslederen, ikke blir fulgt opp. Dette er en deltakende faktor til at rollen oppleves og ikke minst utføres ulikt. Nyansatte vil for eksempel starte i jobben med en usikkerhet om hvem de skal rapportere til. Mye tyder på at pakkeforløpstankegangen ikke er godt nok integrert i organisasjonen, og dermed danner usikkerhet i rollen.

Under gjennomføringen av intervjuene var det bemerkningsverdig at forløpskoordinatorene fra de forskjellige avdelingene brukte ord som *vi* og *dem* for å beskrive hverandre, mens ingen brukte ordet *oss*. Det er klart at det her er flere avdelinger involvert, men i et pakkeforløp jobbes det i en form som har likhetstrekk med matrise som vil si at alle er på *samme lag* uavhengig av avdelingstilhørighet. Dette etterlot et inntrykk av at de kanskje ikke er så flinke til å fremme det kollektive, og dermed kan tilhørigheten til hver enkel forløpskoordinator i pakkeforløpet svekkes. Når forløpskoordinatorene er lokalisert fra hverandre slik de er per i dag, er det viktig at forløpskoordinatorene inkluderer hverandre slik at koordinatorene føler seg integrert som *en* enhet.

Det viser seg å være en usikkerhet om hvorvidt OUS burde samlokalisere forløpskoordinatorene fra samme diagnosegruppe. Det kan være vanskelig å samlokalisere forløpskoordinatorene etter pakkeforløp på grunn av deres avdelingstilhørighet i organisasjonen. Forløpskoordinatorene er fordelt på ulike avdelinger etter en fag- og funksjonsmodell med en linjeledelse. På bakgrunn av dette kan det diskuteres hvorvidt forløpskoordinatorernes nærhet til avdelingen eller prosessen faktisk er mest hensiktsmessig i et pakkeforløp. Hvis forløpskoordinatorene hadde blitt plassert bort fra avdelingene og nærmere pakkeforløpene kunne det potensielt styrket forløpene og videre utfordret funksjonslinjens posisjon i organisasjonen. Denne form for lokalisering kunne muligens ført

til en maktforskyvning til fordel for pakkeforløpene, og kunne skapt motstand mot pakkeforløp i avdelingene.

6.2 Demografi

Overgangen fra å være pasientkoordinator til forløpskoordinator anses som en utfordring av de involverte i pakkeforløpet. Denne overgangen er en faktor som har ført til at rollen oppleves ulikt blant forløpskoordinatorene. De personene som kom fra en rolle som pasientkoordinator forstår rollen annerledes enn de som ikke gjør det. Forløpskoordinatorene som tidligere har vært ansatt som pasientkoordinatorer ga et inntrykk om at de forstår rollen relativt likt som sin tidligere rolle. Biddle (1979) og Martinussen (2001) trekker frem at sammenligning av roller er en alternativ måte for individer til å forstå roller på. Et eksempel på dette er nettopp at personer sammenligner en ny rolle med en tidligere rolle.

I oppgavens kontekst er det spesielt interessant å fremheve at de koordinatorene med erfaring nettopp har sett sin rolle i lys av sin gamle rolle som pasientkoordinator. Dette har trolig vært en konsekvens av at forløpskoordinatorene fyller og tolker innholdet i rollen selv. Dette kan henge sammen med at deler av rollen kan ha likhetstrekk, og at de dermed *tar med seg* sine tidligere erfaring inn i sin nye rolle. Dette kan være positivt da de bringer en viss erfaring og sikkerhet med seg inn i sin nye rolle. Det kan derimot potensielt sett også føre til et diffust skille mellom tidligere- og ny rolle, som kan føre til at den tiltenkte rollen utføres ulikt av den grunn. Forløpskoordinatorer som ikke har erfaring som pasientkoordinator viste en usikkerhet i forhold til hva rollen innebærer. De forstår rollen som udefinert og ny. Dette kan skape utrygge rammer, men samtidig kan det være lettere å sette seg inn i hva den tiltenkte rollen skal være, når man starter med *blanke ark*. Her kan det være viktig å trekke frem at nye forløpskoordinatorer uten relevant erfaring kan søke råd hos kollegaer med erfaring som pasientkoordinator. Dette kan også være med å påvirke den tiltenkte rollen.

Erfaring er derfor en faktor som påvirker hvordan forløpskoordinatorene opplever og forstår forløpskoordinatorrollen. Det gis et inntrykk om at personer med erfaring som pasientkoordinator befinner seg nærmere den funksjonelle strukturen, mens de uten erfaring befinner seg nærmere programstrukturen på kontinuumet i figur 2. Det kan skyldes at personer med erfaring arbeider på samme måte som før, og har mer fokus på arbeid i egen

avdeling. Personer uten erfaring prøver som sagt å arbeide etter den uklare pakkeforløpstankegangen som har til hensikt å jobbe ut ifra en uformell matrise.

Det er naturlig at disse to *gruppene* av koordinatorene har en ulik forståelse av rollen, ettersom deres erfaringer er forskjellig. Det er likevel bemerkelsesverdig at det ikke er et klart skille mellom hva ansvarsområdene til en pasientkoordinator og til en forløpskoordinator er. Det er flere forløpskoordinatorer og informanter som bemerket seg at man ikke har hatt nok fokus på å utarbeide en grundig stillingsbeskrivelse som beskriver forskjellen mellom disse rollene. Det kan derimot stilles spørsmål ved hvorvidt det er mulig å lage en klar stillingsbeskrivelse for alle forløpskoordinatorene. En klar stillingsbeskrivelse fungerer som oftest på roller som er *enkle*. Rollen som forløpskoordinator er derimot svært varierende mellom de ulike forløp, og tilnærmingen til rollen kan i tillegg være varierende fra pasient til pasient. Dette underbygges også av funn som har blitt presentert i kapittel 5.

6.3 Autonomi og standardisering

Forløpskoordinatorene nevner at de oppfatter at de i stor grad har frihet i rollen, og at det fører til at de kan styre mye av hverdagen sin selv. En slik oppfatning kan knyttes opp til selvbestemmelsesteorien som sier at autonomi i denne konteksten beskrives som individers behov for at handlinger utgår fra seg selv og at man har kontroll (Deci og Ryan, 2002). Det at forløpskoordinatorene opplever stor grad av selvstendighet er en tydelig motivasjonsfaktor for utførelse av rollen.

Ifølge selvbestemmelsesteorien er også medbestemmelse en faktor som styrker autonomien (Deci & Ryan, 2002). Dette er noe som kan styrke eierforholdet til rollen som forløpskoordinator. Ettersom de fleste opplever rollen som uklar har forløpskoordinatorene til en viss grad laget sin egen arbeidsbeskrivelse. Her kan det diskuteres om hvordan uklarhet i rollen kan fungere som en form for forutsetning eller som et problem for personer som innehar rollen. I hvilken grad autonomi blir tilrettelagt på, både fra og for forløpskoordinatorene, er en måte å se dette på. Autonomi i rollen kan ses på som en forutsetning i form av at det er mindre rammer og at rollen ikke er like fastsatt. Det er også flere muligheter til å utføre rollen på og rammen er mer tilpasset hver enkelt forløpskoordinator. Det kan for noen koordinatorene virke skremmende og slitsomt å ha for

mange valgmuligheter, spesielt for dem som har lite erfaring. Det kan da oppleves trygt med mindre autonomi i rollen som for eksempel at enkelte føringer er lagt slik at selvstendighet til en viss grad blir begrenset.

Når det kommer til standardisering, påpeker forløpskoordinatorerne at man fortsatt har en lang vei å gå med å standardisere rollen. Hensikten med pakkeforløp er at man ønsker mer koordinering på tvers av avdelinger, og dette er en av grunnene til at den uavhengige variabelen x_1 er uklar. Forløpskoordinatorerne er ansatt for å nettopp håndtere denne usikkerheten, og derfor kan det argumenteres for at det ikke er lurt å standardisere rollen. Da den uavhengige variabelen x_1 er uklar, kan standardisering av rollen fungere negativt ettersom det kan redusere fleksibiliteten til koordinatorerne. Standardisering kan da virke blokkerende for individuell selvstendighet og det blir da vanskelig å få rollen til å fungere i praksis. Det kan i tillegg føre til at forløpskoordinatorerne opplever at deres handlingsrom blir mindre. Det vil være vanskelig for en forløpskoordinator å håndtere denne usikkerheten i en standardisert rolle, fordi deres hensikt i pakkeforløpene er å binde sammen de krevende forholdene i pakkeforløpet.

Det er interessant at det virker som at forløpskoordinatorerne både ønsker mer standardisering, men også autonomi i rollen. Det kan derimot stilles spørsmålsteget ved om det er mulig å tilrettelegge for begge deler i rollen som forløpskoordinator. Det må gjøres en avveining om hva som er mest hensiktsmessig for rollen. Hvis det for eksempel legges til rette for standardisering, vil det føre til at det blir mindre autonomi i rollen og vise versa.

7 KONKLUSJON

Tidligere har det blitt gjort enkeltstudier fra norske sykehus som har undersøkt organiseringen av pakkeforløp. Ut ifra disse enkeltstudiene fikk jeg et inntrykk om at rollen som forløpskoordinator var diffus. Det at rollen fremstår som diffus kan ha påvirket hvordan de som innehar rollen opplever og utfører rollen. Utgangspunktet for denne studien var derfor å undersøke hvordan personer som innehar rollen som forløpskoordinator for kreft opplever sin egen rolle. Det viser seg at autonomi og standardisering er to faktorer som indikerer at det er variasjoner i hvordan rollen oppfattes.

Opgaven viser at innføringen av forløpskoordinator tilknyttet pakkeforløp har skapt en usikkerhet i hvordan personer som innehar rollen opplever den. Den formelle organisasjonsstrukturen (x_1) er uklar og skaper en kompleks organisasjon. Desto viktigere er det derfor å se på sammenhengen mellom de uavhengige variablene (x_2 , x_3) og den avhengige variabelen (y_1). De uavhengige variablene fysisk struktur (x_2) og demografi (x_3) viser en tydelig sammenheng med hvordan forløpskoordinatorer forstår og opplever rollen (y_1). Det fremstår i oppgaven at personer som har erfaring fra en tilsvarende rolle har lettere for å håndtere denne usikkerheten, men samtidig kan ta med seg *for mye* fra sin gamle rolle. I tillegg viser diskusjonen at lokalisering av forløpskoordinatorer er en faktor som skaper utfordringer med å håndtere usikkerheten rollen står ovenfor.

Det bør gjøres ytterligere forskning vedrørende forløpskoordinatorrollen. Det vil for eksempel være interessant å sammenligne rollen i to ulike pakkeforløp for kreft, og videre undersøke hvordan det organisatorisk og ledelsesmessig er tilrettelagt for at forløpskoordinatorer skal lykkes i rollen. Dette er viktig ettersom det kan bidra til å skape en helhetlig forståelse av rollen. Denne studien gir grunnlag for videre studier av forløpskoordinatorrollen på OUS og andre sykehus. I tiden fremover vil det være interessant å følge utviklingen av den absolutt viktigste pasientsentrettede rollen i pakkeforløp for kreft.

Litteraturliste

- Avila, H., Deglum, T.R.M., Eide, M.A. & Vaage, L.U. (2016) *Pakkeforløp for kreft - Evaluering av pakkeforløp med vekt på arbeidsprosesser og organisering*. Universitetet i Oslo.
- Biddle, B.J. (1979). *Role theory: expectations, identities, and behaviors*. New York: Academic press.
- Burns, L., Bradley, E., & Weiner, B. (2012). *Shortell and Kaluzny's health care management: Organization design and behavior* (6th ed.). Clifton Park, N.Y: Delmar Cengage Learning
- Charns, M., & Smith Tewksbury, L. (1993). *Collaborative management in health care: Implementing the integrative organization*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches*. Thousand Oaks: SAGE
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Egeberg, M. (1984). *Organisasjonsutforming I offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug / Tanum-Norli
- Egeberg, M. (1989). *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Otta: Tano AS
- European Pathway Association (E-P-A) (2019). *Care Pathways*. Tilgjengelig: <http://e-p-a.org/care-pathways/>
- Grønvold, A.C.B. (2016). *Pakkeforløp ved Oslo Universitetssykehus - innføring og organisering*. Universitetet i Oslo.
- Hatland, A., Kuhnle, S., & Romøren, T. (2018). *Den Norske velferdsstaten* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Oppdragsdokument 2011, Helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve med kreft – Nasjonal kreftstrategi 2018-2022*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2014). *Implementering av pakkeforløp for kreft: Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Kontaktleger i spesialisthelsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2010). *Risikobildet av Norsk kreftbehandling*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2010.
- Helsetilsynet (2012). *Helsetilsynetsrapport 4/2010. 'Risikobildet av norske kreftbehandling' Hva har skjedd i etterkant? Oppfølgende undersøkelse våren 2012*.
- Helsetilsynet (2013). *Hvilke stener er fortsatt ikke snudd? Oppfølgende undersøkelse i 2012 av Rapport fra Helsetilsynet 4/2010. 'Risikobildet av norsk kreftbehandling'*.
- Høie, B. (2014). *Pasientens helsetjeneste*. Pressemelding, 07012014, nr 1/2014. Tilgjengelig: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- Jones, G. (2013). *Organizational theory, design, and change* (7th ed., global ed.). Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinussen, W. (2001). *Samfunnsliv – innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo Universitetsforlaget.
- McAvoy, B (2003). *Optimising Cancer Care in Australia*. National Cancer Control Initiative. Melbourne.
- NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2016:25. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- OUS (2019). *Om oss, om helseforetaket*. Tilgjengelig: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss#organisasjonskart>
- Sphl § 2-5a. (ikr. 1 januar 2012). *Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61)*. Tilgjengelig: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§2-5a>
- St. meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sundhedsstyrelsen (2005). *KRÆFTPLAN II – Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Beslutningsreferat for møde nr. 1 i Task Force for Kræftområdet*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2018). *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Begreber, forløbstider, monitorering*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 4. utg., Bergen: Fagbokforlaget.
- Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2010). *An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions*. International Journal of Care Pathways, 14(3), 117-123.

Walsh J., Harrison J.D., Young J.M., Solomon M.J, Masya L. (2010). *What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study.* BMC Health Services Research 2010, 10:132

Walsh J., Young J.M., Harrison J.D., Solomon M.J, Masya L. & White K. (2011). *What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation.* European Journal of Cancer Care 20, 220-227.

Yates, P. (2004). *Cancer Care Coordinators: Realising the Potential for Improving the Patient Journey.* Cancer Forum 28, 128-132.

Yin, R.K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods.* 6th ed., Los Angeles: SAGE.

Vedlegg

Vedlegg A: Samtykkeskjema

Vedlegg B: Intervjuguide

Vedlegg C: Godkjenning NSD

Vedlegg A: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Forløpskoordinator for kreft»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet «Forløpskoordinator for kreft». I dette skrivet gis det informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

I den nasjonale handlingsplanen for kreft 2015-2017 var et av hovedmålene å etablere gode pasientforløp for kreft og redusere ventetid som ikke var medisinsk begrunnet. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet å bidra til det ved å innføre pakkeforløp for kreft. I den forbindelse ble det stilt krav om opprettelse av en ny funksjon som forløpskoordinator knyttet opp mot pasienter i hvert enkelt pakkeforløp. Rollen som forløpskoordinator ble tillagt flere funksjoner som var antatt å være viktig for å lykkes med innføringen av pakkeforløpene.

Studien skal se nærmere på hvordan forløpskoordinatorer på Oslo universitetssykehus opplever sin egen rolle. Informasjonen oppgaven vil gi kan være nyttig for fremtidig utvikling av forløpskoordinatorrollen på Oslo universitetssykehus.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er hovedansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer deltakelse studien?

Deltakelse i prosjektet innebære en-til-en intervjuer. Intervjuene tas opp på lydbånd og transkriberes i ettertid. Når transkriberingen er gjennomført slettes lydopptaket.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektleder er den eneste personen som vil ha tilgang til lydopptakene. I oppgaven vil hver enkel informant bli anonymisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2019. På dette tidspunktet slettes koblingsnøkkelen, og data anonymiseres.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da slettes. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Det er kun student som vil ha tilgang til dine svar*
- *De transkriberte intervjuene blir aidentifisert og gitt et nummer, koblingen mellom navn og nummer blir lagret separat. Alle filene blir lagret på UIO sine tjenester for sikker datalagring.*

Universitetet i Oslo er ansvarlig for datainnsamlingen. Alle opplysninger blir anonymisert ved publisering – vi vil kun publisere anonyme sitater. Deltakere vil derfor ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Oslo* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Studien er også meldt til og godkjent av Personvernombudet på Oslo Universitetssykehus.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitetet i Oslo*. Masterstudent Imran Dar på telefon 41208114.
- Vårt personvernombud: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Imran Dar

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Forløpskoordinator for kreft*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.
15.05.2019

(Signert av informant, dato)

Vedlegg B: Intervjuguide

Merknad: Tildel et ID-nummer til intervjuobjektet og loggfør det slik at det samme nummeret ikke brukes i intervju med andre intervjuobjekter. Hold forløpskoordinatorens og informantens ID nummer adskilt fra deres fulle navn slik at anonymitet garanteres.

INTERVJUET

1. Innledende spørsmål

- 1.1 Vennligst beskriv din rolle i pakkeforløpet for prostatakrefte?
 - 1.1.1 Hva består rollen som forløpskoordinator i? Har rollen endret seg?
 - 1.1.2 Hva er de viktigste egenskaper/kompetanse en forløpskoordinator må besitte?
 - 1.1.3 Kan du fortelle litt generelt om dine erfaringer som forløpskoordinator?
 - 1.1.4 Hva slags forventning hadde du til rollen? Hva slags forventning hadde de til deg?
 - 1.1.5 Hvordan fremstår rollen i forhold til de krav og forventninger som var tiltenkt?
 - 1.1.6 Føler du at rollen var godt nok forankret i form av instruksjoner og retningslinjer om hva som var forventet i rollen?
 - 1.1.7 Hvordan er organiseringen av forløpskoordinatorer? Hva er den beste organiseringen?
 - 1.1.8 Hvor integrert synes du at rollen som forløpskoordinator er i organisasjonen/pakkeforløpet?
- 1.2 Synes du at innføringen av en forløpskoordinator knyttet til hvert forløp har påvirket effektivitet i pakkeforløp for prostatakrefte?

2. Hoveddel

- 2.1 Hvordan har organisatoriske forhold påvirket rolleutførelsen? Hva har hjulpet/tilrettelagt eller hindret for at en koordinator skal lykkes i rollen?
 - 2.1.2 Er det faktorer ved OUS som kompliserer rolleutførelsen?
- 2.2 Hvordan har ledelse i pakkeforløpet påvirket rolleutførelsen?
- 2.3 Hvordan har koordinering påvirket rolleutførelsen?
- 2.4 Hvordan har samarbeid påvirket rolleutførelse?
- 2.5 Hvordan har kommunikasjonsflyten mellom forløpskoordinatorer påvirket rolleutførelsen?
- 2.7 Hvordan har motivasjon påvirket rolleutførelsen? Har ledelsen motivert deg?
- 2.8 Hvordan har rollen som megler/omsorgsgiver påvirket rolleutførelsen?

3. Avslutning

- 3.1 Hva er de tre viktigste lærdom du vil videreformidle om rollen som forløpskoordinator?
- 3.2 Hvis du hadde hatt muligheten til å påvirke utvikling av forløpskoordinatorrollen, hva ville du ha sagt?

Vedlegg C: Kvittering fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Forløpskoordinatorfunksjonen ved Oslo universitetssykehus

Referansenummer

159884

Registrert

21.12.2018 av Imran Dar - imran.dar@studmed.uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Trond Tjerbo , trond.tjerbo@medisin.uio.no, tlf: 40246212

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Imran Dar , imran.dar@studmed.uio.no, tlf: 41208114

Prosjektperiode

01.01.2019 - 15.05.2019

Status

03.01.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

03.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.01.2019. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)