

KLoK oppgave modul 8

Forkorte ventetiden i pakkeforløp for prostatakreft ved OUS

UZMA KANWAL DAR, SARA MARIA ALI, AYSE SUSLU, ØYVIND KJERPSET, EDWARD SANDERS



Klok oppgave modul 8 ved det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Mars 2021

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag	3
2. Tema og problemstilling	4
3. Kunnskapsgrunnlag	6
a. Hva er pakkeforløp for kreft? Hvorfor er det viktig?	6
b. Det første pakkeforløpet og studier fra Danmark	7
3.5 Screening med PSA og aktiv overvåkning	9
Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget	10
4. Dagens praksis, mål, tiltak og indikatorer	11
Mikrosystemet	11
Dagens praksis ved OUS	11
Målsetning	12
Prosedyre i forberedelse til prosjektet	13
Tiltak	13
Kvalitetsindikatorer	14
Prosessindikatorer:	15
Resultatindikator:	15
Motstand	15
5. Prosess, ledelse og organisering	17
5.1	17
5.2	17
Forberede	18
Planlegge	18
Utføre	19
Evaluerer	19
Oppfølging	20
6. Konklusjon/diskusjon	21
7. Litteraturliste	22

1. Sammendrag

Tema/problemstilling: Prostatakreft er den hyppigste kreftformen som rammer menn. Plagene som tilkommer ved prostatakreft, forekommer også ved andre benigne sykdommer i prostatakjertelen. Det er viktig at en pasient med mistanke om malign sykdom fanges opp og henvises til vurdering og behandling for prostatakreft. For kreftsykdommer gjelder det definerte pakkeforløp med frister for når behandling skal skje. Dette prosjektet fokuserer på første fase i pakkeforløp, OF1, for prostatakreft og tar for seg urologisk avdeling OUS som mikrosystem. Urologisk avdeling på OUS har hittil hatt utfordringer med å overholde fristene for forløpsindikatorerne i pakkeforløp for prostatakreft og har dermed et potensiale for forbedring.

Kunnskapsgrunlaget: Kvalitetsforbedringsprosjektet bygger ikke på oppsummert litteratur på samme måte som andre prosjekter. Litteraturen inkludert beskriver sammenhengen mellom tid og prostatakreft, generelt om pakkeforløp for prostatakreft, samt. annen litteratur som er relevant for vårt mikrosystem.

Tiltak/kvalitetsindikator: Prosjektet har som mål å forkorte OF1 fra nåværende brudd på 10 dagers frist til 3 dager gjennom tre tiltak vi foreslår; bedre koding, fast avsatt tid til vurdering av henvisninger og tilstrekkelig avsatt tid til oppfølging. Tiltakene må igangsettes med god forankring av alle involverte leger og koordinatorene, og regelmessig følges opp etter start. Ved å bruke en prosessindikator og en resultatindikator vil man kunne følge utviklingen i prosjektet og gjøre hensiktsmessige justeringer underveis. Vi forventer lite motstand til dette prosjektet, da tiltakene er enkle og mikrosystemet er motivert.

Ledelse/Organisering: Avdelingsleder er motivert til å lede dette prosjektet. Vi foreslår at prosjektet gjennomføres med modell for kvalitetsforbedring (26) som går ut på å organisere forbedringsarbeidet i fem faser: forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp. Som fremdriftsplan foreslår vi at prosjektet kan startes med et oppstartsmøte, deretter kan henvisningene vurderes på fast avsatt tid hver dag, evalueringsmøter holdes etter 2 uker til å begynne med deretter reduseres frekvensen av møtene til 4 uker, og til slutt gjennomgås kvalitative og kvantitative analyser av gjennomførte tiltak i plenum. Vi anslår 3 måneders tidsramme for implementering av prosjektet i avdelingens daglige drift.

Konklusjon: Kvalitetsforbedringsprosjektet vurderes til å kreve enkle tiltak som er lite ressurskrevende. Samarbeidsviljen og motivasjonen er også tilstede hos legene. Vi mener at det bør gjennomføres da det kan føre til forbedret samhandling og forutsigbarhet for pasienten, samtidig som det ivaretar pasienter med prostatakreft bedre enn i dag. Det vil også gi økonomisk gevinst for urologisk avdeling ved OUS.

2. Tema og problemstilling

Prostatakreft er den hyppigste krefttypen som rammer menn (2). Antallet krefttilfeller av denne typen er stigende med årene (2), og i Norge oppdages 5000 tilfeller hvert år (3). Sykdomsbildet kan være variabelt, men vannlatingsbesvær, hematuri, vekttap og tretthet, samt smerter fra andre områder på kroppen dersom det allerede er oppstått spredning er mulige symptomer pasienten kan oppsøke lege for ved prostatakreft (3). Ved mistanke om denne sykdommen vil primærlegen kunne undersøke prostata med palpasjon, og ta laboratorieprøven prostataspesifikt antigen (PSA) som stiger ved kreft i prostata (3).

Ved palpatorisk funn som gir mistanke og/eller forhøyet PSA henviser primærlegen pasienten til pakkeforløp for prostatakreft- i spesialisthelsetjenesten, enten på sykehus eller hos privatpraktiserende spesialist i urologi, for videre utredning og behandling (5).

Det finnes ulike retningslinjer for forskjellige kreftsykdommer for hvor lang tid de ulike fasene- i forløpstidene i et pakkeforløp kan vare, herunder tiden fra henvisningstidspunktet til pasienten starter i pakkeforløp ved et sykehus. Denne tiden omtales som fase 1 (5). Kravet er at fase 1- tiden (kalt OF1) fra henvisningen er mottatt og til pasientens første fremmøte i utredende avdeling ikke overstiger 10 kalenderdager (6).

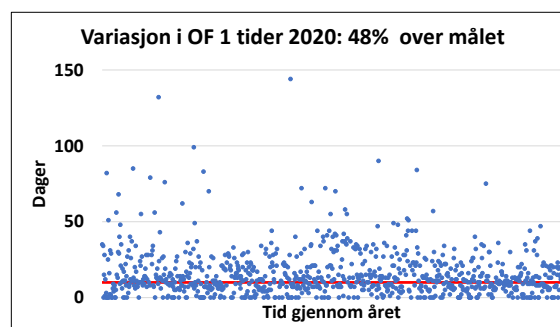
For de oppfølgende fasene er det andre tider, se tabell 1.

OF1 (fase 1)	OF2 (fase 2)	OF3 (fase 3)
10 dager	24 dager	32 dager

Tabell 1: viser lengden på de ulike fasene i pakkeforløpet (1)

I denne oppgaven har vi valgt å utføre et kvalitetsforbedringsprosjekt på pakkeforløp prostatakreft ved urologisk avdeling OUS- med fokus på fasen OF1. Vi ønsker her å implementere ulike tiltak som kan forkorte tiden fra henvisning til pakkeforløpet og til start av utredning av pasienter. Ut ifra data vi har fått fra mikrosystemet viser det seg at det i dag er store variasjoner på hvor lang tid det tar fra avdelingen mottar henvisningen til pakkeforløp for prostatakreft, og til pasienten får sin første time ved avdelingen. I 2020 var det 625 av 945 (66%) av pasientene som falt utenfor kravet på 10 dager før de fikk sin første time ved sykehuset. Figur 1 viser også at det var ganske stort sprik i tidene innen OF1.

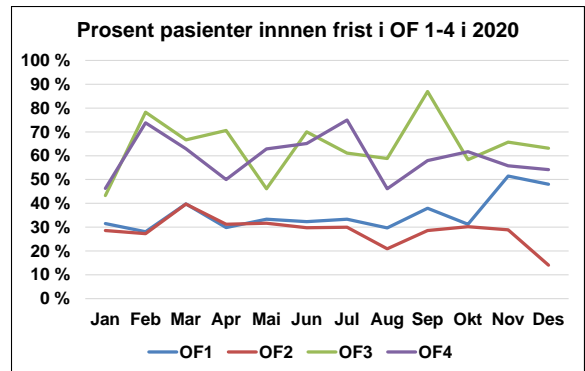
Figur 1. 66% av pasientene er over målet i OF1, tider opp til 146 dager. Kilde: NPR registerdata.



Figur 1: 66% av pasientene er over målet i OF1, tider opp til 146 dager. Kilde: NPR registerdata.

Vi ser også fra figur 2 at antallet som faller utenfor normert tid for fase 3 og 4 er noe bedre enn for fase 1, men at det også her er for lav måloppnåelse.

Det finnes ulike årsaker og utfordringer som bidrar til at man ikke holder seg til normert tid ved pakkeforløpets fase 1.



Et eksempel på eksterne årsaker er at henvisningene kan

Figur 2: fra veileder Karl-Arne Johannessen, tall fra Urologisk avdeling OUS

komme fra andre sykehus eller spesialister, og at tiden har begynt å løpe før OUS mottar henvisninger, at det er gjort MR eksternt før henvisning og at det er kodet feil fase, eller forhold fra pasienten som utløser forsinket oppstart. I vårt prosjekt forsøker vi å konsentrere på forhold avdelingen har kontroll over og kan forbedre uten avhengighet av andre.

3. Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget for forbedringsprosjekter blir ofte hentet fra litteratur som er oppsummert fra anerkjente kilder eks. UptoDate-, og Bestpractice. Oppsummert litteratur bygger ofte på prinsippet om at gitte behandlinger for en tilstand i en definert kategori er nokså lik på tvers av ulike systemer, dvs. at internasjonale studier kan appliseres på behandling uavhengig av nasjonale helsesystemer. Prinsippet gjelder ved oppdatering av behandlingsmetoder, screening og kategorisering av pasienter og innføring av nye metoder ol.

Ved forbedringsprosjekter tilsvarende vårt mikrosystem er det ikke beslektet oppsummert kunnskapsgrunnlag som uten videre kan brukes på hvilket som helst fagområde eller institusjon fordi driftsforhold, pasientkategorier og spesielt øyeblikkelig hjelp andel har ulike konsekvenser på tvers av institusjoner og innen hvert mikrosystem.

Vårt prosjekt har således ikke kunnet etablere et overordnet kunnskapsgrunnlag/enhetlige anbefalinger for hvordan utfordringene skal løses, men vi har søkt litteratur som fokuserer på tidsforholdene som gjelder i prosjektet og valgt ut relevante studier. Kildene som ble brukt ble funnet via. Google, Google scholar, pubmed, legeföreningen og helsebiblioteket. Søkeord som ble brukt: «pakkeforløp for prostatakreft», «active surveillance», «Første pakkeforløpet», «Pakkeforløp 2014».

Vi beskriver først hva pakkeforløp er i praksis og deretter referer vi noe av de ulike strategiene som foreslås i litteraturen vedrørende behandlingsstrategier.

a. Hva er pakkeforløp for kreft? Hvorfor er det viktig?

Pakkeforløp er et forløp i flere sekvenser med mål om å gi et standardisert nasjonalt pasientforløp innenfor kreft. De er basert på retningslinjer for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging ved kreft og utarbeidet av nasjonalt anerkjente spesialisert på området. Formålet med pakkeforløp er forbedret standardisert kvalitets forløp som tilrettelegger for både pasienten og helsevesenet. Det gir en forutsigbarhet for pasienten og opplevelse av et godt organisert forløp uten å gi forsinkelser som samtidig er tilrettelagt for enkelt pasienten. Synkront styrker pakkeforløpet samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og innad internt i foretakene. Pakkeforløp har redusert betydelig ventetid grunnet ikke-medisinske årsaker etter implementering (5, 7, 8). Dette er en måte å standardisere hele forløpet for pasienten, i form av *hvor raskt og hvordan* kreftbehandlingen skal organiseres og pakkeforløpet gjennomføres(9). Altså er forløpene basert mye på tid. Tiden er fastsatt i grunnlag på hva som er forsvarlig ventetid begrunnet i medisinskfaglige vurderinger mellom de ulike elementene i forløpet av pakkeforløpet (10). 80% av alle kreftpasienter skal starte behandling innen 20 virkedager etter at henvisning er mottatt. Sykehusene er pålagt å ha en kreftkoordinator for å følge opp dette, og denne har en viktig rolle for at tidsfristen innfris (11).

b. Det første pakkeforløpet og studier fra Danmark

Pakkeforløp
Brystkreft
Myelomatose
Akutt leukemi
KLL
Lymfomer
Nyrekreft
Blærekreft
Bukspyttkjertelkreft
Lever- og galleveiskreft
Magekreft
Spiserørskreft
Tykk og endetarmskreft
Lungekreft
Sarkom
Føflekkreft
Prostatakreft
Peniskreft
Testikkelkreft
Kreft hos barn
Livmorhalskreft
Livmorkreft
Eggstokkreft
Hjernesvulster
Hode- halskreft
Metastaser med ukjent utgangspunkt
Diagnostiske pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer
Skjoldbruskjertelkreft
Neuroendokrine svulster

Tabell 2: oversikt over alle norske pakkeforløpene for kreft som ble utarbeidet i 2014 og implementert i 2015. (kilde: Helsedirektoratet, 2014)

Ideen om pakkeforløp ble først drøftet i Norges Nasjonale kreftstrategi 2013-2017 under målet at «Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp» for å kunne bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (7).

Pakkeforløps implementering ble aktualisert etter at Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet å iverksette en nasjonal plan av pakkeforløpene. Et av målene beskrevet i planen er: «å sikre gode pasientforløp for kreftpasienter med rask diagnostikk og uten ikke medisinsk begrunnet forsinkelse og ventetid». Pakkeforløpsprosjektet lagt frem og utarbeidet av Helsedirektoratet i 2014 var basert på studier fra Danmark, som ble modell for pakkeforløpene i Norge. Disse forløpene ble innført 1. januar 2015, der de 28 mest vanlige krefttypene (se tabell 2) fikk sine forløp, blant annet også prostatakreft (10).

Etter modell fra Danmark ble det videre etablert forløpskoordinator (kreftkoordinator) som skulle sikre kommunikasjonen mellom pasienten og sykehus/avdelinger/fastlegen og delta i multidisiplinerte teammøter (MDT), der de ulike behandlingsprofesjonene møtes og planlegger behandling i et samlet forum. Det ble gjennomført en grundig prosess med informasjonsmøter og informasjonsmateriell som skulle sikre nok informasjon om pakkeforløpene til alle sykehus og allmennleger

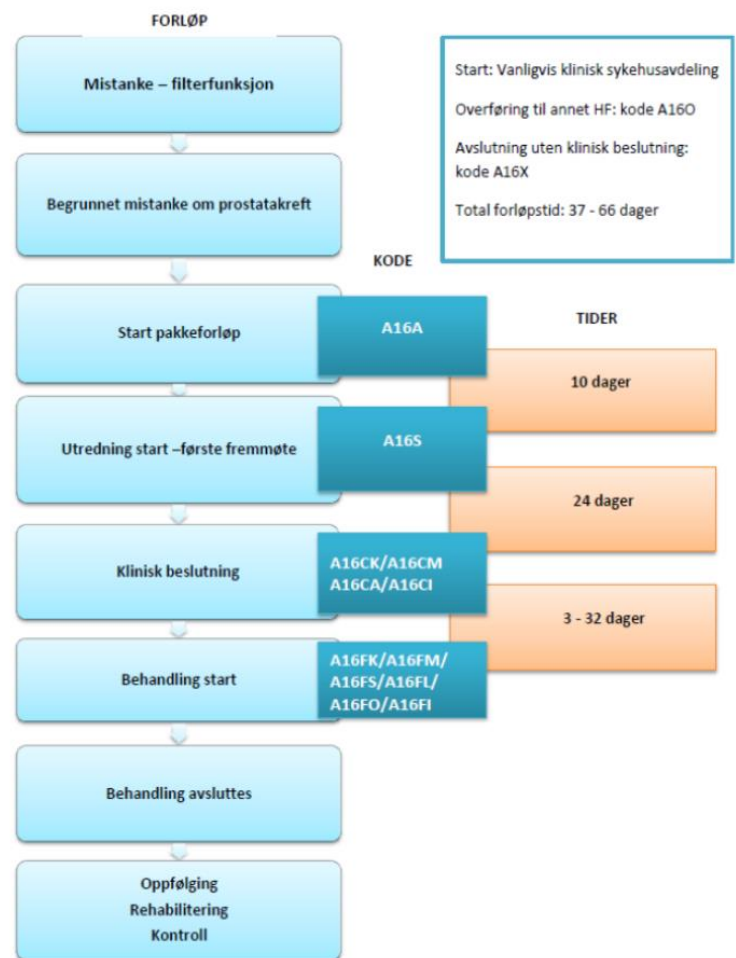
som ble berørt av ordningen. For å overvåke kvaliteten av pakkeforløpene ble det iverksatt obligatoriske innrapportering til norske pasientregister. Erfaringene frem til i dag har vist at det er avgjørende å kontinuerlig registrere måloppnåelsen på sykehusene og kontrollere problemområdene for å kunne gjøre kontinuerlige justeringer underveis. I Danmark har forskningsrapporter fra Nationale Analyse- og forskningsinstitutt for kommuner og Regioner fra Danmark definert tre forhold som er betydningsfulle for å lykkes med pakkeforløpene: 1) betydelig toppledelse med sterke krav og klare

mål, 2) sterkt faglig grunnlag, 3) tett oppfølging underveis og villighet til å distribuere nødvendige ressurser (10, 12, 13).

Da Helsedirektoratet la frem sitt prosjekt, ble det besluttet at det var avgjørende å ha en ledelsesforankring på alle nivåer i Norge helt fra politisk ledelse til helseforetakene og avdelingene som står for utredning og behandling av kreft. Systemet har nå som formål at de som er involvert i pakkeforløp, øker samhandlingen på tvers av sykehus/regioner, og innad på enkelte sykehus med felles mål. Tidsaspektet i pakkeforløpene er dermed således også politisk forankret og bestemt. I tillegg til informasjonsprosessen ved innføring av pakkeforløpene, er det gitt ut aktuelle artikler i tidsskrift, holdt informasjonstelefon, og innført digitalisering av forløpene for å gi relevant informasjon underveis (7, 10).

Pakkeforløp for prostatakreft – dagens praksis Det finnes i dag over 40 forskjellige pakkeforløp for forskjellige tilstander (14). *Figur 3* er et flytskjema som oppsummerer oppbygning av pakkeforløpet for prostatakreft med de tre viktigste intervallene. Det første intervallet starter etter mottatt henvisningen fra fastlege i spesialisthelsetjenesten, første kontakt med pasienten skal etableres innenfor 10 dager. Henvisning baseres på bakgrunn av forhøyet PSA, suspekt palpasjonsfunn og/eller mistanke om skjelettmetastaser eller andre metastaser. Fastlegen henviser pasienten til urolog (avtalespesialist på sykehuspoliklinikk) som filterfunksjon, og urologen kan deretter henviser pasienten videre til pakkeforløpet. Ved sterk mistanke hos fastlegen blir pasienten henvist direkte til pakkeforløp. Utredning i spesialisthelsetjenesten må da starte innenfor 10 dager (15).

PAKKEFORLØP FOR PROSTATAKREFT – FLYTSKJEMA



Figur 3: Flytskjema som beskriver pakkeforløpet for prostatakreft (15)

Det neste intervallet tillater 24 dager for å komme til en klinisk beslutning. Utredning består av undersøkelser utført av spesialistteam for å sikre diagnosen og kartlegge sykdomsutbredelse. Sentralt ved denne utredningen er PSA-måling, klinisk undersøkelse med rektal palpasjon av prostata,

og MR-veiledet biopsi. Hos høyrisikopasienter er bildediagnostikk aktuelt, enten MR med metastaseprotokoll av bekken og skjelett eller skjelettscintigrafi anbefalt. Hvilken behandling som er best for den enkelte pasient blir så drøftet i tverrfaglig møte/MDT-møte før endelig behandlingsbeslutning om behandling tas i samråd med pasienten (16).

Det tredje intervallet har et vindu på 3-32 dager for at behandling skal startes. Under utredning er pasienten klassifisert innenfor én av tre risikogrupper: lav, intermediær eller høy. Primærbehandling varierer mye og kan være enten aktiv overvåkning, radikal prostatektomi, ekstern strålebehandling, og/eller endokrin (hormoner som reduserer androgenproduksjon) behandling. I tillegg kan pasienten være kandidat for sekundær/adjutant behandling. Fordi prostatakreft behandling er individualisert og avhenger av beslutningen tatt i det tidligere utredningsintervallet, er tidsvinduet i dette tredje intervallet stort (18).

3.5 Screening med PSA og aktiv overvåkning

I mange tilfeller vokser prostatakreft langsomt og kan ta flere år før den blir påviselig, og enda lengre tid før den metastaserer. Men det finnes aggressive former som kan kreve rask utredning og behandling (19), og screening gjennomført med PSA-måling og palpasjon har påvist seg å kunne oppdage prostatakreft tidlig. Studiene om PSA-screening er tvetydige. En stor studie i USA fant at screening med både PSA og DRE (digital rektal undersøkelse) oppdaget flere pasienter med prostatakreft, men reduserte ikke mortaliteten. En europeisk studie påviste en lavere risiko for dødelighet med PSA screening, men estimerte at 781 menn (i tillegg til 27 oppdaget kreft tilfeller) måtte screenes for å kunne redde et dødsfall. Dette ble konkludert med at er et overforbruk av PSA-målinger. Gevinsten er at kreften kan bli oppdaget tidlig, og gi flere behandlingsmuligheter før kreften videreutvikles og eventuelt metastaserer, mens ulempen er at ingen av de to testene er 100% sikker, med risiko for både falske positive og negative. Pasientene risikerer således på den ene side å gjennomgå unødvendig biopsitaking (risiko for smerter, blødning, infeksjon), eller på den annen side å ha en kreftform som ikke blir oppdaget (20).

Aktiv overvåkning er en primærbehandlingsform for pasienter som har gjennomgått pakkeforløpet for prostatakreft, og fått vurdert sin kreftsykdom i til å være en lav risiko kreftsykdom, dvs. at gruppen sannsynligvis aldri krever intervensjon for deres kreftsykdom. Da blir pasienten satt på aktiv overvåkning som innebærer at man avventer oppstart av kurative behandling til eventuelt påvisning av sykdommens progresjon. Pasienten går da til jevnlig PSA-kontroller hver 3 måned., og bilde- og biopsitaking hos urologen etter avsatte intervaller (23, 29). UptoDate anbefaler aktiv overvåkning for lav risiko gruppen, og viser til observasjonelle studier som fant lavere progresjon av denne gruppen til metastatisk sykdom med aktiv overvåkning. En RCT i denne studien påviste ingen signifikant forskjell i 10års overlevelse mellom aktiv overvåkning prostatektomi og strålebehandling (24). I en kohorte-

studie, bekrefter Xia et al. at prostatektomi for høyrisiko pasienter kan avvendes opp til 6 måneder uten fare for pasienten (25). Dette viser at active surveillance/aktiv overvåkning er et godt alternativ over mange år, selv om pakkeforløpet fokuserer mye på tidsbegrensninger.

Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Litteraturen drøfter betydningen av tidsfaktorer ved behandling av prostatakreft, tidsforhold til diagnose/behandling/behandlingstiltak og prognose for pasienten. Disse aspektene er jo også noe av grunnlaget som definerer de ulike tidsintervallene i pakkeforløpet for prostatakreft. De beskrevne teoriene som finnes i litteraturen varierer fra aktiv overvåking over flere år av pasienter med lavgradig sykdom, til litteratur som er mer proaktiv. Det store dilemmaet er å balansere risikoen mellom overdiagnostikk og overbehandling, med konsekvensene som etterfølger behandling, mot risikoen for at pasienten utvikler alvorlig kreftsykdom. Dette synes å være kjernen i debatten om prostatakreft screening og behandling. Prostatakreft har god prognose ved optimal behandling, men kan også føre til alvorlig sykdom og død om opplegget svikter.

Utsettelse av behandlingsforløp i pakkeforløpet vil ikke uten videre ha langsiktige konsekvenser for prognose. Intensjonen med tidsforholdene i pakkeforløp må forstås slik at når pasienter først får sterkt mistanke om, eller påvist kreft, skal de bli ivaretatt på best mulig måte, spesielt ikke vente unødvendig avklaring eller behandling. Det er liten tvil om at det er viktig å ivareta pasientens reaksjoner rundt kreftdiagnosen, som en screening med PSA og henvisning til pakkeforløp kan gi en viss forventning om. Derfor er tidsaspektet viktig fordi et viktig mål med pakkeforløpet er å gi pasienten et godt organisert helhetlig forløp uten unødvendige forsinkelser, og med et hovedmål om å avklare om pasienten har kreft som krever intervensjon eller ikke (5).

4. Dagens praksis, mål, tiltak og indikatorer

Mikrosystemet

Mikrosystemet vi ønsker å forbedre praksis i pakkeforløp prostatakreft er Urologisk avdeling ved Aker/Radiumhospitalet på Oslo Universitetssykehus.

Vi velger å arbeide med OF1 fordi det er en rekke praktiske og trolig enkle tiltak som kan endres for å effektivisere dette leddet av pakkeforløpet. Denne fasen har avdelingen også god kontroll på, i motsetning til OF2 og OF3 som involverer prosesser hvor en rekke andre avdelinger er involvert og som ikke er innenfor vårt mikrosystem sin kontroll. Eksempler på dette er MR-kapasitet, operasjonskapasitet, biopsitaking og vurdering. Vi tror at det er smart å starte med et enkelt fokus og komme i gang med forbedringer, og at dersom vi lykkes med forbedring i OF1, vil dette være til inspirasjon for å forbedre flere områder i prosessen.

I tillegg har forsinkelse i OF1 konsekvenser for OF2, ettersom for eksempel MR har noe ventetid, og hver dag som i OF1 som er unødvendig forsinket vil spare tid. Og dersom ingen OF1 hadde vært over 10 dager i dagens praksis, ville antall brudd på pakkeforløp gått ned fra 26 % til 19 %. I en steady state vil alle forlengelser i OF1 bidra til forlenget tid i OF2-3.

Dagens praksis ved OUS

I dagens praksis kommer pasientene hovedsakelig fra to henvisende instanser; fastlege eller privat spesialist. En enkel illustrasjon av et henvisningsforløp er vist i figur 4 nedenfor.

Tiden starter å løpe ved mottak av henvisning i sentralt mottak OUS. Henvisningen sendes til sekretærkontoret i Urologisk avdeling samme dag. Sekretærene der registrerer, kategoriserer og lager plan for OF1. Første trinn er vurdering av lege som skal avgjøre pakkeforløp eller ikke. Dersom pakkeforløp igangsettes, avgjør legen om det skal tas MR, biopsi, andre medisinske forhold som må avklares (komorbiditet av betydning). Når vurderingen er ferdig, skal pasienten kontaktes og ha første oppmøte. Hele denne prosessen skal gjøres innen 10 dager.

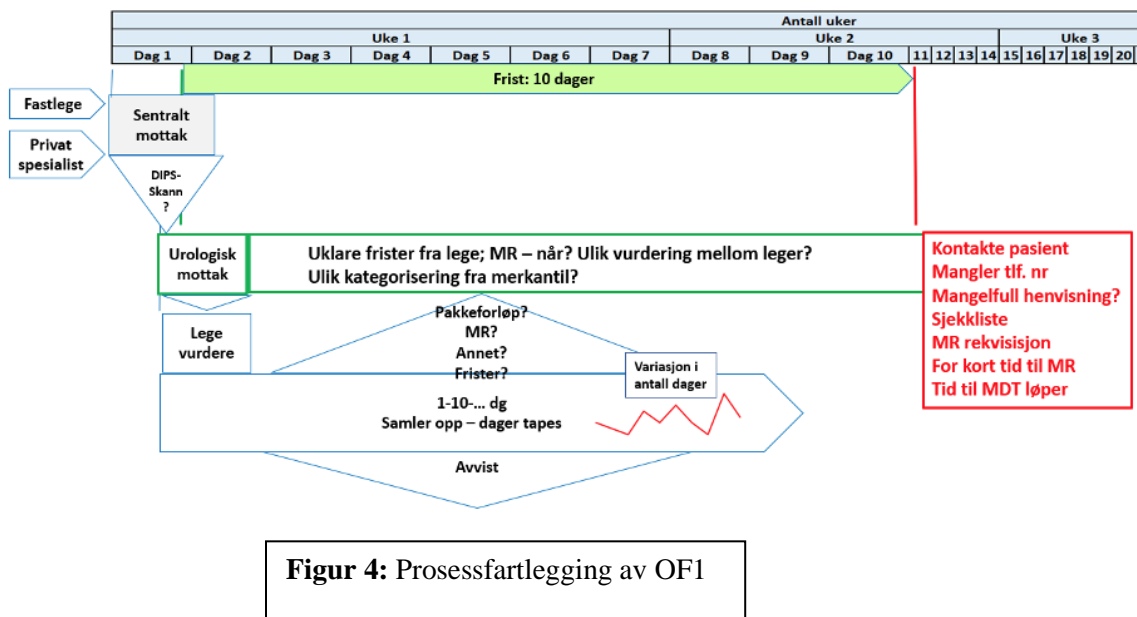
Utfordringer i dagens prosess:

Det er flere forhold som bidrar til at fristene i OF1 ikke overholdes. I våre møter med avdelingen er det er beskrevet følgende:

- Variasjon i legenes responstid for vurderingen. Dette henger trolig sammen med at noen samler opp vurderinger over flere dager, og at det ikke er avsatt fast tid til vurderingsoppgaven.
- Ulik vurdering fra legene.

- Uklare tidsfrister for MR. Noen setter for eksempel "innen 2-3 uker", noe som kan være for sent for pakkeforløpets totaltid
- Ulik koding av koordinatorene; varierende hvilken OF kategori de setter pasienten i.
- Når pasientene skal kontaktes, må sekretærene ofte finne frem kontaktopplysninger fordi disse mangler i henvisningen. Det trekker mye ressurser av sekretariatet og kan gi forsinkelser.

Vi mener en særdeles viktig faktor er at det ikke er avsatt definert tidsrom til oppgaven med legevurdering. Når vurderingen er tatt skal pasienten ha første kontakt med lege. Det varierer om man definerer første kontakt som en telefonsamtale eller som oppmøte på sykehus.



Målsetning

Vårt overordnede mål er å forkorte første del av pakkeforløpet ved prostatakreft.

Det overordnede målet skal konkretiseres i følgende delmål utfra modellen SMARTE mål:

- Spesifikke: Å forkorte tiden til første fremmøte fra 10 til 3 dager.
- Målbare: Det vil være enkelt å måle om man når målsetningen ved å se på tiden fra henvisning til første kontakt
- Ansporende: Oppnår man målet i OF1, vil både antall brudd (summen av alle fasene) og brudd på total tid gå ned.
- Realistiske: Vi mener at ved å innføre våre foreslåtte tiltak vil målet være realistisk.
- Tidsbestemt: Resultatene av tiltakene våre vil kunne sees straks enkle grep gjennomføres.
- Enighet: Vi forstår det slik at dette vil være en praksisforbedring som alle vil være enige om.

Prosedyre i forberedelse til prosjektet

Sette opp møter mellom koordinatore/sekretærer og leger

Oppstartsmøte: Det bør gjennomføres et oppstartsmøte der alle ansatte som er involvert i OF1 prosessen enes om de viktigste utfordringene i dagens drift, der man enes om årsaker og hvilke tiltak som er mest relevante å iverksette. Vi har for eksempel fått beskrevet en rekke meldinger som må være mer spesifikke enn de er i dagens praksis, for eksempel ikke tydelig nok "kreftpakke" eller "ikke-kreftpakke", hvor raskt man må få gjort en MR, andre behov. Videre bør oppsamling av flere henvisninger til senere dag i uken elimineres fordi det automatisk forlenger forløpet i OF1 for en rekke pasienter.

Det bør etableres en arbeidsgruppe som følger opp planleggingen og forberedelsene. Gruppen må komme fram til de konkrete tiltak som vi foreslår og diskuterer under tiltak.

Oppfølgingsmøter:

Gruppen bør møtes gjentatte ganger når arbeidet er startet for å vurdere prosess og resultater av tiltakene. Rapportering og evaluering av resultater vil kunne ha stor verdi for å vedlikeholde entusiasmen i prosjektet. Slike rapporteringsmøter kan være korte med fokus på resultat og eventuelle innspill til ytterligere forbedring.

Konkret plan for gjennomføring av prosjektet ved bruk av Modell for kvalitetsforbedring er beskrevet detaljert under punkt 5 (26).

Tiltak

Tiltak 1 - Koding

Koordinatorene

Koordinatorene må ha konkrete retningslinjer for hvordan man koder henvisningene. I dagens praksis er det ulikhet i hva koordinatorene vurderer som OF1, 2 eller 3. Ifølge seksjonsoverlegen er 35% av fristbruddene på grunn av forskjellig slik koding. Det kan være flere grunner til dette, de må kartlegges og endres. Ofte er bakenforliggende årsaker at mange «gjør som de pleier å gjøre» eller «min måte å gjøre det på», en rutine som enkelt kan forbedres.

Legene

Legene må også ha en gjennomgang der de harmoniserer sine vurderinger og hvordan deres konklusjoner formidles mer entydig enn i dag tilbake til sekretærene. Særlig må man enes om hvordan man raskest mulig etter vurdering kan sikre MR på kortest mulig tid. Selv om dette ligger utenfor OF 1, som vårt prosjekt fokuserer på, genererer dagens varierende prosedyre på dette punktet en vesentlig del av bruddene i total forløpet.

Tiltak 2 – Fast avsatt tid

Legene må få avsatt konkret tid i sin arbeidsplan til vurderingene. Dette vil kanskje måtte variere avhengig av hvilke oppgaver legene har. Det må sikres at denne tiden ikke legges samtidig med andre viktige oppgaver, og derfor må legene involveres i å lage faste tidsplaner.

Morgen: Ved å fastsette dette tidspunktet på morgenen før man møter pasienter vil det kunne være enkelt avsette tid, fordi det er mindt tidsbegrensninger på morgenen. En annen fordel er at man gjerne får kontaktet pasientene samme dag som vurderingen blir gjort. Ulempen med morgenen er at henvisningene som kommer inn etter vurdering om morgenen må vente til neste dag med å bli vurdert.

Slutten av dagen: Fast tid for legens vurdering kan legges til slutten av hver arbeidsdag. Fordelen blir da at de fleste henvisningene kan vurderes samme dag som de kommer inn, og dermed sparer man nesten en hel dag. På en annen side vil det lett kunne bli nedprioritert fordi man ikke får tid fordi man ikke er ferdig med pågående oppgaver og må utsette til neste dag. En annen ulempe vil være at man da gjerne vil kontakte pasientene først neste dag.

Midt på dagen: En god løsning kan være å ha vurderingstiden midt på dagen, for eksempel etter lunsj. Dette vil løse mange av problemene drøftet ovenfor, de fleste henvisningene kommer inn tidlig på dagen, og man vil kunne rekke å kontakte pasienter allerede samme dag.

Tiden som legene skal ha avsatt til vurdering og oppfølging vil ha interaksjoner med andre deler av avdelingen og kan også krasje med andre arbeidsoppgaver de har. Den mest hensiktsmessige ordningen kan derfor være at legene sammen blir enige om hvilke tidspunkt som passer best for deres/avdelingens personlige timeplan. Det viktigste er at det blir fastsatt et tidspunkt hver dag hvor dette gjennomføres. Hvis det ikke lykkes i gjennomføring, viser vi til tiltak 3.

Tiltak 3 – Tilstrekkelig avsatt tid

Hvis det fastsatte tidspunktet ofte krasjer med andre arbeidsoppgaver, må man stille spørsmålet om det er satt av nok tid/ressurser til å få vurderingen av henvisninger gjort hver dag. En løsning kan for eksempel være at enkelte leger ikke alltid deltar på alle morgenmøtene, fordi de gjør vurdering av henvisning i stedet. For eksempel kan lege som vurderer la være å møte på morgenmøte den dagen de har avsatt, og gjøre vurderingen i denne tiden. Dette kan man også gjøre fleksibelt og prioritere om ved behov.

Kvalitetsindikatorer

Det kan benyttes en rekke indikatorer for å vurdere om prosjektet blir gjennomført.

Kvalitetsindikatorer skal fylle visse krav: relevans, gyldighet, målbarhet, tilgjengelighet, pålitelighet, mulighet for tolkning, mulighet for å påvirke, sensitiv til endring. Det er samtidig hensiktsmessig å

begrense antall indikatorer til de mest effektfulle. Kvalitetsindikatorer bør ikke føre til uheldig endring i fokus, slik at kvaliteten på andre områder blir dårligere.

Vi har valgt følgende indikatorer:

Prosessindikatorer:

- Hvor ofte får man ikke gjort en daglig vurdering av henvisningen på det fastsatte tidspunktet?

Avkryssningsliste

Hver dag en lege ikke rekker å gjøre en vurdering som planlagt, registreres dette i en enkel avkryssningsliste, hvor legen setter et kryss på en liste han har ved sin arbeidsstasjon. Ved siden av krysset skriver legen en kort begrunnelse på hvorfor det ikke lot seg gjøre. Når en lege ikke får utført en vurdering, er det hans ansvar å gi dagens oppgave til en annen lege. Hvis ikke dette heller lar seg gjøre, noterer han hvorfor. Forutsigbare avvik må den enkelte justere og ordne opp i selv.

Begrunnelsen for å registrere når man *ikke* får gjort, er at dette ofte oppleves som negativt og gir motivasjon for å registrere, mens ting som går etter planen, lett blir tatt som selvfølgelig. Målet for indikatoren er verdi = 0.

Resultatindikator:

- Hvor mange dager er gjennomsnittstiden i OF1 etter tiltakene ble innført?

Dagsmål

Det kan være hensiktsmessig å konkretisere hva som skal skje på dag 1, 2 og 3 i OF1 hvis man skal klare målet om 3 dager. For eksempel kan man skjerpe at man på dag 1 videresender henvisningen til legevurdering, slik at ingen henvisninger blir liggende flere dager før legen har mulighet til å vurdere. På dag 2 skal henvisningen vurderes av legen og returneres samme dag til sekretærer. På dag 3 skal pasienten kontaktes for å avtale oppmøte til time. Hvis man deler OF1 inn i disse konkrete tidsmålene vil det være lettere å identifisere forsinkelser innenfor hvert enkelt ledd og forbedre disse med spesifikke tiltak rettet mot den aktuelle begrensningen.

Motstand

Motstanden må håndteres med forståelse og respekt. Det er viktig å lytte til tilbakemeldinger som kommer underveis. Det er essensielt å informere om hensikten med endringene, forklare grundig og vise til kunnskapsgrunnlag, helst bruke konkrete tall hvis det er mulig. Videre bør man legge vekt på hvordan dette vil føre til bedre medisinsk praksis. I vårt tilfelle er det faglige kunnskapsgrunnlaget

ikke direkte dokumentert gjennom litteratur studier, men prinsippet om kortest mulig tidi forløpet er et vedtatt overordnet helsepolitisk som alle må respektere. Det er lite tvil om at prinsippet vektlegger kvalitet og bedre pasientbehandling. En pasient som blir henvist til kreftavdelingen vil ofte være svært stresset og engstelig, og rask første kontakt med lege vil i mange tilfeller bety mye for pasienten. Andre aspekter som kan legges til grunn er etiske eller juridiske. Det er således en rekke fordeler med tiltaket man kan fokusere på for å motivere de som skal gjennomføre endringene. En annen potensiell måte å motivere på er å premiere gunstig innsats med for eksempel kake og/eller sosial sammenkomst, helst på et hyggelig sted, hvis endringene blir gjennomført og målene nås.

Forventet motstand

Vi har fått inntrykk av at tiltakene vi foreslår vil møte liten motstand. En hvis motstand mot endringene vi foreslår må likevel forventes. Det kan være flere gode grunner til at henvisninger blir vurdert på tirsdager og fredager, istedenfor hver dag. Ulike årsaker kan være: andre oppgaver som prioriteres først, hvis det er få henvisninger blir det for lite arbeid i avsatt tid og det oppleves mer effektivt å samle opp.

Motstand kan deles i personlig, faglig og ledelsesmotstand. Innenfor personlig motstand er det ofte følelser inne i bildet, og det er rimelig å forvente motsigelser som “enda en ting å gjøre hver dag” , “mer arbeid” og andre variasjoner av dette. Ledelsen har en rekke rammer å forholde seg til, og man kan potensielt forvente blant annet økonomisk motstand derfra. Faglig motstand kan være at noen mener at slike tiltak er for ressurskrevende i forhold til hvor viktige de er, og at prognosen til pasienten ikke bedres av disse tiltakene.

Et argument for å iverksette endringer er ofte at det medfører enda flere oppgaver. Det er ikke et tungtveiende argument i dette prosjektet ettersom henvisningene skal vurderes uansett, og dersom man får avsatt konkret tid, vil belastningene snarere bli mindre enn økt når man gjennomfører endringene. Tydelig planlagte tider til dette arbeidet vil sikre at det heller ikke forstyrrer andre oppgaver.

5. Prosess, ledelse og organisering

Prosess, ledelse og organisering

5.1

Vi har tenkt at forbedringsprosjektet skal ledes av avdelingslederen som videre organiserer møter med de øvrige ansatte som deltar i OF1 prosessen. Til å begynne med foreslår vi at avdelingslederen kan informere alle de berørte ansatte om at et forbedringsprosjekt er startet og deretter planlegge et møte med de ansatte for å informere om hvordan arbeidet skal gjennomføres.

5.2

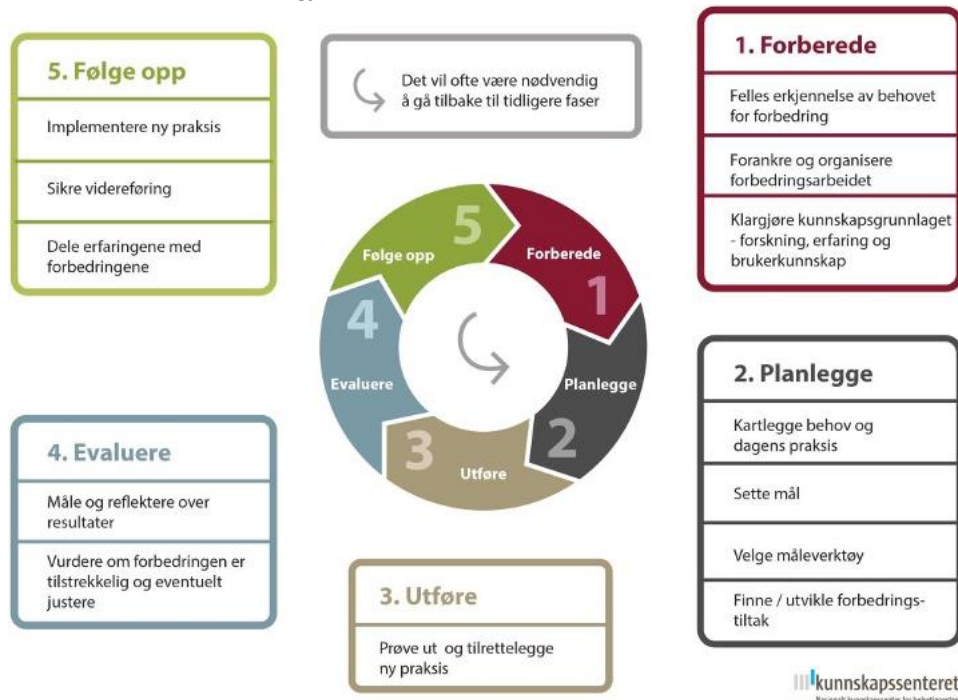
Som verktøy i forbedringsarbeidet har vi valgt å bruke Modell for Kvalitetsforbedring som er utviklet av Seksjon for kvalitetsutvikling i Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (12). Modellen er en veletablert metode for kvalitetsforbedring

og deler inn

forbedringsarbeidet inn i følgende fem faser:

1. Forberede
2. Planlegge
3. Utføre
4. Evaluere
5. Følge opp

Hver fase inneholder spesifikke anbefalinger til hvilke tiltak som må gjennomføres for å kunne lykkes med forbedringsarbeidet (figur 5). Folkehelseinstituttet oppgir at modellen forutsetter en rekke faktorer for at arbeidet skal kunne vellykket gjennomføres. Disse faktorene er blant annet at arbeidet skal forankres i ledelsen og alle de øvrige ansatte som berøres av prosjektet, at ledelsen systematisk måler forbedringene og gjennomgår dette med gruppen for å kartlegge reelle forbedringer, og opplæring av ansatte for gjennomføring av vedtatte tiltak.(26) Pilen i midten av modellen indikerer at selv om fasene i modellen er satt opp i den gitte rekkefølgen, kan det ofte ved gjennomføring av



Figur 5: modell for kvalitetsforbedring (FHI). (28)

modellen være nødvendig å gå tilbake i faser. Videre redegjør vi for tiltenkt gjennomføring av forbedringsprosjektet ved bruk av modell for kvalitetsforbedring.

Forberede

I denne fasen skal selve behovet for forbedring erkjennes av alle berørte ansatte i forbedringsprosjektet. På bakgrunn av erfaringer er behovet for forkorting av OF1 og problemet med fristbrudd erkjent blant de involverte i vårt mikrosystem. Det gjenstår da i denne fasen å systematisk organisere forbedringsarbeidet. For sistnevnte skal avdelingsleder arrangere møter med de involverte ansatte for å gjennomgå erfaringer og vurdere problemet sammen med arbeidsgruppen samt vurdere forslag til tiltak for å hindre fristbrudd av OF1. Målet i denne fasen er et oppstartsmøte for å informere de ansatte og for å kartlegge hvordan forbedringsarbeidet kan bli en del av den daglige driften til avdelingen.

Planlegge

Den andre fasen av modellen handler om å planlegge hvordan forbedringsarbeidet skal gjennomføres. Her må dagens praksis kartlegges og konkrete mål på ønsket forbedring settes. Videre må forbedringstiltak og indikatorer som anført ovenfor avtales. Målet i en slik analyse er å finne ut av årsaker som gjør at vurdering av henvisningene ikke blir gjort fortløpende, altså prosesskartlegging av utfordringene som fører videre til forlengelse av OF1. Disse begrensende faktorene er i vårt forbedringsprosjekt vurdert av avdelingslederen og er gjengitt i figur 6. Det kommer frem at blant annet helligdager og ferier fører til mindre kapasitet, at planlagt fravær ikke dekkes på forhånd, og derav færre henvisninger som vurderes, noe som igjen fører til at pasientene innkalles senere til første utredningsmøtet på avdelingen. I tilslutning til slike ferieperioder og helligdager forekommer det gjentakende fristbrudd av OF1. Et mål i dette forbedringsarbeidet vil altså være å finne ut av hvordan henvisningene ikke skal bli liggende uten vurdering på noe tidspunkt.

Videre fører mangel på informasjon, for eksempel kontaktinformasjon, til at de ikke innkalles til en fortløpende time. Dette fører igjen til utenbetydelig merarbeid og dermed blir første konsultasjon ved avdelingen også forsinket.

Et annet problem er at det kun er tirsdager og fredager som er satt av til vurdering av henvisningene, altså tapes det allerede tre dager i løpet av en helg dersom henvisningen kommer inn fredag ettermiddag. Den innkomne henvisningen vil dermed ikke bli vurdert før tirsdag i uken etter. Vi foreslår på bakgrunn av de nevnte utfordringene at henvisningene vurderes fortløpende på fastsatt tidspunkt hver dag slik at de ikke blir liggende. Ved å vurdere henvisningene fortløpende og ikke begrense dette til kun to dager sparer man mye av svikten i dag og betydelig flere pasienter vil innkalles raskere til første time på avdelingen.

Begrensende faktorer

- ◆ Ferier og røde dager
- ◆ Mangelfulle og suboptimale henvisninger
- ◆ Gruppevurdering av henvisningene kun hver tirsdag og fredag

Figur 6: begrensende faktorer som fører til forlengelse og fristbrudd av OF1.

I planleggingsfasen må det videre bestemmes et måleverktøy for å konkret måle forbedringsarbeidet. Vi foreslår her at det føres statistikk med avkryssningsskjema slik det er beskrevet under tiltak i punkt 4. Det bør også foreligge innsamlet utgangsdata for omfanget av tidligere fristbrudd før prosjektet settes i gang slik at dette kan sammenlignes med resultater etter forbedringsprosjektet.

Utføre

I figur 7 har vi foreslått en fremdriftsplan for gjennomføring av forbedringsprosjektet.

Vi foreslår at det først holdes et oppstartsmøte hvor det gis informasjon til alle i arbeidsgruppen. Avdelingsleder kan under møtet formidle behovet for forbedring til arbeidsgruppen. Det kan være hensiktsmessig å gjennomgå eksempelvis økonomiske konsekvenser som fristbrudd har medført hittil. Dette vil antakelig også vekke oppmerksomhet rundt forbedringsarbeidet blant arbeidsgruppen når forbedringspotensialet faktisk måles i flere dimensjoner.

Videre vurderes henvisningene som foreslått under planleggingsfasen så fort som mulig, og da senest dagen etter at de er mottatt, forslagsvis at leger gjør dette i løpet av morgenmøtet eller annen avtalt tidspunkt påfølgende dag. Koordinator informeres deretter for innkallelse av pasienten.

Det vil da kun tapes to dager dersom henvisningen mottas fredag mens det i dagens rutine går med tre dager da henvisningene ikke vurderes før tirsdag. Øvrige dager foreslår vi at henvisningene som nevnt over vurderes påfølgende dag.

Evaluerer

I denne fasen skal arbeidet som er gjort analyseres og evalueres både kvalitativt og kvantitativt. I evalueringsmøtene bør leder, legene som vurderer henvisningene og koordinatorene som har ansvar for innkallelse delta. Vi foreslår at dette møtet holdes hver 14. dag i begynnelsen av implementeringen og deretter med større avstand mellom evalueringsmøtene etter hvert som forbedringen har blitt en del av den daglige driften til avdelingen. Vi foreslår videre kvantitativ evaluering hvor utgangsdata med antall fristbrudd sammenlignes med utviklingen av fristbrudd. Som kvalitativ vurdering kan legene gi tilbakemeldinger om de dagene hvor de ikke har klart å vurdere henvisninger fortløpende, og om hva som har vært årsaken til bortfallet. På denne måten kan eventuelle gjentakende årsaker identifiseres, og tiltak mot disse kan deretter iverksettes. Som tidligere nevnt kan helligdager og ferier føre til at henvisninger blir liggende. Et tema i evalueringsprosessen kan også være langsiktig planlegging av slike perioder. Den fraværende lege bør også tilpliktes å melde fravær tidlig, og å gi tilbakemelding

Fremdriftsplan

1. Oppstartsmøte
2. Vurdering av henvisninger som har kommet på fastsatt tidspunkt hver dag
3. Evalueringsmøte 2 uker etter oppstartsmøte med kvalitative og kvantitative analyser av gjennomført forbedringsarbeid
4. Redusere frekvensen av evalueringsmøter etterhvert til hver 4. uke
5. 3 måneders tidsramme: Implementering av forbedringsarbeidet innen sommeren 2021.

Figur 7: Fremdriftsplan for gjennomføring av forbedringsprosjektet

om de har klart å overføre sine arbeidsoppgaver til en kollega før de har fravær, eventuelt om de trenger bistand til å få på plass det.

Oppfølging

Vi foreslår en tidsramme på 3 måneder for måloppnåelse av forbedringsarbeidet. Innen sommeren 2021 kan både en hyppigere vurdering av henvisninger og derav færre fristbrudd være en del av den daglige driften til avdelingen. Resultatet vi ønsker å oppnå er at alle henvisninger vurderes fortløpende og senest påfølgende hverdag under morgenmøtet. Ved realisering av målet for forbedringsarbeidet skal OF1 fristen på 10 dager kunne overholdes enklere og alle henvisninger bør i fremtiden være vurdert innen 3 dager slik at innkallelsen ikke forsinkes ytterligere.

6. Konklusjon/diskusjon

Gjennom samtaler med legene ved Urologisk avdeling OUS har vi god grunn til å tro at prosjektet er gjennomførbart i vårt mikrosystem og at motivasjonen er til stede. Kunnskapsgrunnlaget vi baserer oss på viser at prosjektet trolig er vel verdt å gjennomføre med tanke på pasientenes psykiske helse, som kan være sårbar i møte med kreftsykdom. På en annen side viser kunnskapsgrunnlaget at å forkorte pakkeforløpet noen få dager har liten eller ingen innvirkning på prognosen til pasienten. Tross dette mener vi prosjektet bør gjennomføres fordi tiltakene er relativt enkle å innføre, lite ressurskrevende, og vil trolig ikke ha negativ innvirkning på andre gjøremål ved avdelingen. Tiltakene vil samtidig gjøre pasientbehandlingen bedre og mer forutsigbar, noe som er ett av hovedpoengene med at pakkeforløp er et overordnet politisk mål.

Målsetningen med kvalitetsprosjektet er å redusere antall dager i OF1 fra 10 til 3 dager. I dagens praksis er det tre problemer som utpeker seg, og vi har foreslått tre tiltak som trolig vil håndtere disse problemene. Det første tiltaket, standardisere kodingen av henvisninger, bør utarbeides mellom sekretærer og leger i oppstartsmøte for prosjektet. Det andre og tredje tiltaket, daglig og tilstrekkelig fastsatt tid, og administreringen rundt dette, bør drøftes av prosjektgruppen for å finne hvilke tidspunkt som er mest hensiktsmessig å fastsette, og har størst sannsynlighet for å bli gjennomført daglig. Her må avdelingsleder også ta de nødvendige beslutninger for å signalisere at dette skal på plass. Andre gjøremål må muligens omprioriteres enkelte dager, og noen timeplaner må trolig endres. Finjusteringen i hvordan dette skal utføres er en vurdering som best blir gjort av de involverte legene. Det bør gjennom hele prosjektet registreres når og hvorfor man avviker fra planen, og tiltak for å justere dette må vurderes i oppfølgingsmøtene (prosessindikatoren). Ved å konkretisere hvilke gjøremål som må gjennomføres hver enkelt dag i 3-dagers målsetningen vil det være enklere å identifisere problemer og rette opp i disse (resultatindikatoren) slik at man når målsetningen. Hvis tiltakene utføres slik vi foreslår vil resultatene trolig komme raskt, og motivasjonen for å fortsette prosjektet vil øke og eventuell motstand samtidig synke. Det er også mulig at gode resultater i OF1 kan inspirere til videre forbedringer i OF 2-3, der avdelingen også har utfordringer. Et veldokumentert prinsipp i forbedringsarbeid er å realisere enkle gevinster først, og så overføre læring og forbedringer til nye områder.

7. Litteraturliste

1. Introduksjon til pakkeforløp for prostatakreft Oslo: Helsedirektoratet; [updated 15. august 2017; cited 2021 05.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-prostatakreft>.
2. Tveter K, Wahlqvist R. Prostatakreft: Store Medisinske Leksikon; [updated 12.11.2020; cited 2021 22.03]. Available from: <https://sml.snl.no/prostatakreft>.
3. Prostatakreft Trondheim: Norsk Helseinformatikk AS (NHI.no); [updated 08.04.2020; cited 2020 22.03]. Available from: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/mannlige-kjonnsganerkreft/prostatakreft/>.
4. Trondheim: Norsk Helseinformatikk AS (NHI.no); [updated 01.04.2020; cited 2021 22.03]. Available from: <https://nhi.no/sykdommer/mann/prostata/prostata-godartet-forstorrelse/>.
5. Pakkeforløp for kreft: Helsenorge; [updated 25.11.2020; cited 2021 22.03]. Available from: <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/>.
6. 6. Forløpstider i pakkeforløp for prostatakreft Oslo: Helsedirektoratet; [updated 22.07.2016; cited 2021 22.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/forlopstider-i-pakkeforlop-for-prostatakreft>.
7. Guldvog B. 8. Om pakkeforløpet Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [updated 01. august 2016; cited 2021 01.03.2021]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/om-pakkeforlopet>.
8. Delilovic S, Hasson H, Åhström M, von Knorring M. Implementing standardized cancer patient pathways (CPPs) – a qualitative study exploring the perspectives of health care professionals. BMC Health Services Research. 2019;19(1):577.
9. Håland E, Melby L. Individualisert standardisering? Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. Norsk sosiologisk tidsskrift. 2017;1(5):380-98.
10. Generell informasjon om pakkeforløp for kreft Oslo: Helsedirektoratet; [cited 2021 25.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/generell-informasjon-om-pakkeforlop-for-kreft>.
11. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet; 2013 04.06.2013.
12. Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstider på kræftområdet – Årsopgørelse for 2013. 2014 15. maj 2014. Contract No.: Sagsnr. 4-1612-13/1/.
13. Vinge S, Rahbæk AE, Albæk J, Martedal A. Erfaringer med kræftpakker fra intentioner til implementering i praksis. København: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner; 2012. p. 76.
14. Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp Oslo: Helsedirektoratet; [cited 2021 01.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop>.
15. 2. Inngang til pakkeforløp for prostatakreft Oslo: Helsedirektoratet; [updated 22. juli 2016; cited 2021 06.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/inngang-til-pakkeforlop-for-prostatakreft>.
16. 3. Utredning av prostatakreft Oslo: Helsedirektoratet; [updated 15. august 2017; cited 2021 06.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/utredning-av-prostatakreft>.
17. Pakkeforløp for prostatakreft. In: Sundhedsstyrelsen, editor. Version 3.2 ed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2016.
18. 4. Behandling av prostatakreft Oslo: Helsedirektoratet; [updated 28.02.2017; cited 2021 23.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/behandling-av-prostatakreft>.
19. How Prostrate Cancer Grows Santa Monica, CA (United States): Prostate Cancer Foundation; [updated 2021; cited 2021 20.03]. Available from: <https://www.pcf.org/about-prostate-cancer/what-is-prostate-cancer/how-it-grows/>.

20. Can Prostate Cancer Be Found Early: American Cancer Society; 2019 [updated 2019; cited 2021 20.03]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/detection.html>.
21. Williams SB, Ray-Zack MD, Hudgins HK, Oldenburg J, Trinh Q-D, Nguyen PL, et al. Impact of Centralizing Care for Genitourinary Malignancies to High-volume Providers: A Systematic Review. *European Urology Oncology*. 2019;2(3):265-73.
22. Tang V, Clarke L, Gall Z, Shanks JH, Nonaka D, Parr NJ, et al. Should centralized histopathological review in penile cancer be the global standard? *BJU International*. 2014;114(3):340-3.
23. 4. Behandling av prostatakreft Oslo: Helsedirektoratet; [updated 28. february 2017; cited 2021 06.03]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft/behandling-av-prostatakreft>.
24. Richie JP. Active surveillance for men with clinically localized prostate cancer: UpToDate; [updated 11.09.2020; cited 2021 23.03]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/active-surveillance-for-men-with-clinically-localized-prostate-cancer>.
25. Xia L, Talwar R, Chelluri RR, Guzzo TJ, Lee DJ. Surgical Delay and Pathological Outcomes for Clinically Localized High-Risk Prostate Cancer. *JAMA Network Open*. 2020;3(12):e2028320-e.
26. Kongsmo T, Vibe Md, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015 [cited 2021 29.03]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>.
27. Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, Brudvik M, Vege A. Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. *helsetjenesten Nkf*, editor. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015 05.2015.
28. Vege A. Modell for kvalitetsforbedring: Folkehelseinstituttet (FHI); 2015 [cited 2021 29.03]. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>.
29. Aktiv overvåkning av prostata Oslo: Oslo universitetssykehus; [updated 21.09.2020; cited 2021 29.03]. Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandling/aktiv-overvakning-av-prostata>.