



**UiO • Universitetet i Oslo**

# **Pakkeforløp på muskelskjelett – hvorfor og hvordan?**

Mette Wangberg Storhaug

MASTEROPPGAVE

Høst 2021

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

1. desember 2021

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Jeløya-plattformen introduserte regjeringens målsetning om at pakkeforløp skulle utvikles og innføres for flere lidelser, herunder muskel-skjelettlidelser. Helsedirektoratet fikk i 2018 oppgaven med å utarbeide pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel-skjelettlidelser. Muskelskjelettplager er utbredt i befolkningen, og årlig rammes om lag 1,2 millioner av rygg- og nakkeplager alene. Samfunnsbyrden knyttet til muskelskjelettplager er betydelig, og muskelskjelettfeltet er et av områdene hvor det er størst forskjell mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats.

**Formål:** Formålet med denne oppgaven er å vurdere bakgrunnen for hvorfor pakkeforløp skal utvikles på muskelskjelettfeltet. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke endringer i samfunnet og i det helsepolitiske bildet som bidrar til fokuset på pakkeforløp, hvorfor det er behov for tiltak i muskelskjelettgruppen, og hva som kan være potensielle utfordringer for utvikling av pakkeforløp på muskelskjelettfeltet.

**Metode:** Det er valgt en kvalitativ metode, og oppgaven består av seks individuelle intervjuer basert på tre nivåer av helsetjenesten; primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og profesjonsforeninger. I tillegg til intervjuene er oppgaven basert på informasjon om helsepolitiske målsetninger, pakkeforløpenes utvikling og utfordringsbildet på muskelskjelettfeltet.

**Funn:** Pakkeforløp blir i stadig større grad innført i helsetjenesten internasjonalt, og mål- og resultats-styringsverktøy gjør seg stadig mer gjeldende i helsetjenesten. Informantene peker på flere mulige årsaker til at pakkeforløp på muskelskjelettfeltet ble besluttet innført, men trekker særlig frem at sykdomsbyrden knyttet til muskelskjelett får mer oppmerksomhet, og at de samfunnsmessige følgene av muskelskjelettlidelser utfordrer velferdsstatens bærekraft. Informantene trekker særlig frem kompleksitet i pasientgruppen som en betydelig utfordring, og hvordan inklusjonen skal begrenses for å unngå overbelastning av helsetjenesten.

Under arbeidet med oppgaven har det kommet tydelige signaler på at den planlagte utviklingen av pakkeforløp for muskelskjelettplager blitt endret, men lite har vært publisert eller formidlet utad. Ekspertgruppen som er nedsatt av Helsedirektoratet er foreløpig ikke ferdig med sitt arbeid.

## **Forord**

Jeg ønsker å gi en stor takk til veileder Anne Karin Lindahl for kyndig veiledning med gode faglige innspill og raske og tydelige tilbakemeldinger.

Tusen hjertelig takk til informantene som tok seg tid i en hektisk hverdag for å dele sine synspunkter og tanker med meg.

Til de rundt meg må jeg gi en stor takk for støtte, tålmodighet og ikke minst forståelse for at jeg i perioder ble en «nei»-menneske. Jeg ønsker å gi en særlig takk til Lise for diskusjoner, hjelp og veiledning, du er enestående! Og til slutt ønsker jeg å gi spesiell takk til Mads for at du heier, tilrettelegger og korrekturleser, og har en uvurderlig tålmodighet og evig positivitet.

## **Pakkeforløp for muskelskjelett – hvorfor og hvordan?**

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemstilling .....	2
Problemstilling: .....	2
<b>2 BAKGRUNN</b> .....	<b>3</b>
2.1 Utvikling i helsevesenet .....	3
2.1.1 New Public Management .....	5
2.2 Helsepolitiske målsetninger .....	5
2.2.1 Redusere variasjon i helsetjenesten .....	6
2.2.2 Brukermedvirkning .....	7
2.2.3 Kvalitet i helsetjenesten .....	8
2.2.4 Samhandling .....	8
2.2.5 Mål og resultatstyring .....	9
2.2.6 Ressursbruk .....	10
2.3 Pakkeforløp .....	11
2.3.1 Hva innebærer pakkeforløp? .....	11
2.3.2 Individualisering versus standardisering .....	12
2.3.3 Utfordringer ved pakkeforløp .....	12
2.3.4 Evaluering av pakkeforløp .....	14
2.3.5 Klinikerens rolle (autonomi) .....	16
2.4 Muskelskjelett .....	16
2.4.1 Rygg- og nakkesmerter .....	17
2.4.2 Pakkeforløp på muskelskjelett .....	18
<b>3 METODE</b> .....	<b>20</b>
3.1 Studiedesign og forskningsmetode .....	20
3.2 Rekruttering og utvalg .....	20
3.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervjuer .....	21
3.3.1 Intervjuguider .....	21
3.3.2 Deltakelse og samtykke .....	21
3.3.3 Gjennomføring av intervjuer .....	22
3.3.4 Datametning .....	23
3.3.5 Datahåndteringsplan .....	23
3.4 Bearbeiding og analyse av data .....	23
3.4.1 Transkripsjon .....	24
3.4.2 Tematisk analyse .....	24
3.5 Kvalitet og begrensninger i studien .....	25
3.5.1 Begrensninger i studien .....	25
3.5.2 Egen rolle som forsker .....	26
3.5.3 Relevans .....	28
3.5.4 Validitet .....	28
<b>4 ANALYSE</b> .....	<b>30</b>
4.1 Bredde i feltet .....	30
4.1.1 Kompleksitet .....	30
4.1.2 Forskjellen fra andre pakkeforløp .....	31

4.1.3	Hvordan standardisere kompleksitet? .....	32
4.1.4	Definisjonsmessige avgrensninger .....	33
4.1.5	Diagnosespesifikke løp .....	33
<b>4.2</b>	<b>Muskelskjelettpasienten .....</b>	<b>35</b>
4.2.1	Noe må gjøres .....	35
4.2.2	Behovet for en diagnose («nøkkelen») .....	36
4.2.3	Likeverdige tjenester – geografiske forskjeller .....	37
4.2.4	Forventningsavklaring .....	37
4.2.5	Brukermedvirkning og individualisering .....	38
<b>4.3</b>	<b>Helsepersonellens rolle .....</b>	<b>38</b>
4.3.1	Samhandling .....	38
4.3.2	Bredde i behandlerfeltet .....	40
4.3.3	Faglig autonomi .....	40
<b>4.4</b>	<b>Samfunnsøkonomi .....</b>	<b>41</b>
4.4.1	Samfunnsøkonomisk byrde versus den enkeltes lidelse .....	41
4.4.2	Forskjeller i forvaltningsnivåer og det finansielle dilemmaet .....	42
4.4.3	Bekymring for ressurser .....	43
4.4.4	Kapasitet i det offentlige .....	43
4.4.5	Potensiale for ressursbesparelser .....	44
4.4.6	Forløpstider .....	45
<b>4.5</b>	<b>Forskning/kunnskapsutvikling .....</b>	<b>46</b>
4.5.1	Manglende ressurser til forskning og manglende kunnskap på feltet .....	46
4.5.2	Økt kvalitet og pasientsikkerhet som et resultat av prosess .....	47
<b>5</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>48</b>
5.1	Hva er pakkeforløp på muskelskjelettfeltet et svar på? .....	48
5.1.1	Behovet for fokus på pasientgruppen muskelskjelett .....	48
5.1.2	Behovet for en diagnose .....	49
5.1.3	Samfunnsøkonomisk behov .....	50
5.1.4	Hvorfor ble pakkeforløp tiltaket? .....	51
	Sikre samhandling .....	54
5.2	Hvilke utfordringer er til stede for utvikling av pakkeforløp på muskelskjelettfeltet i det norske helsevesenet? .....	55
5.2.1	Kompleksitet og standardisering av kompleksitet .....	55
5.2.2	Ressursbehov .....	56
5.3	Oppsummerende diskusjon .....	57
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>60</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>.....</b>	<b>67</b>

## 1 INNLEDNING

I 2014 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastlegene basert på dansk modell (1). De første pakkeforløpene for kreft ble implementert i helsetjenesten i 2015 (1), og nærmest umiddelbart erklært en suksess (2). Med bakgrunn og erfaringer fra de innførte pakkeforløpene på kreft-feltet fikk Helsedirektoratet i 2016 i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse og rus (3), i tillegg til at enkelte frittstående pakkeforløp har blitt implementert de senere årene. Til tross for at pakkeforløpene på psykisk helse og rus har vært betydelig mer omdiskutert (4-7), introduserte Jeløya-plattformen regjeringens målsetning om at pakkeforløp skulle utvikles og innføres for flere lidelser, herunder muskel-skjelettlidelser (8). Helsedirektoratet fikk i 2018 oppgaven med å utarbeide pakkeforløp for smertebehandling, utmattelse og muskel-skjelettlidelser (9).

Muskelskjelettplager er utbredt i befolkningen, og årlig rammes om lag 1,2 millioner av rygg- og nakkeplager alene (10). Samfunnsbyrden knyttet til muskelskjelettplager er betydelig (10), og muskelskjelettfeltet er et av områdene hvor det er størst forskjell mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats (11). I moderne medisin er en av grunnpilarene en spesifikk diagnose på et tidlig stadium som videre legger føringer på tiltak (12). For muskel- og skjelettsmerter er ofte en spesifikk tidlig diagnose utfordrende. Årsaken til plagene er ofte ukjent eller basert på et sammensatt bilde. Rådet for muskelskjeletthelse, som samler fagmiljøer og pasientforeninger innenfor muskelskjelettfeltet, arrangerte i 2019 en heldagskonferanse på pakkeforløp i Helsedirektoratets lokaler (13). Det ble i etterkant av konferansen stor frustrasjon i fagmiljøene, og Helsedirektoratet ble beskyldt for at «tid og krefter brukes på å vise frem kompleksitet – ikke på å finne løsninger» (13).

Under arbeidet med oppgaven har det kommet tydelige signaler på at den planlagte utviklingen av pakkeforløp for muskelskjelettplager har blitt endret, men lite har vært publisert eller formidlet utad. Helseminister Bent Høie konkretiserte i et svar på et skriftlig spørsmål fra Stortinget i 2019 at det pågående arbeidet var avgrenset til uavklarte lidelser (14). Senere signaler indikerer at pakkeforløpene på muskelskjelett vil bli slått sammen med pakkeforløp på langvarig smerte, men heller ikke her er det sikre offentlige kilder. Ekspertgruppen som er nedsatt av Helsedirektoratet er foreløpig ikke ferdig med sitt arbeid.

## **1.1 Problemstilling**

Bakgrunnen for oppgaven er Helsedirektoratets oppdrag om å utvikle pakkeforløp på muskelskjelettfeltet. Pakkeforløpene markerer et skifte i organisering av helsetjenestene. Pakkeforløp er i sin natur prosessbaserte og standardiserte, men skal samtidig ivareta et økende fokus på individualisering i helsetilbudet, der tjenesten skal tilpasses den enkelte pasient.

Tema for masteroppgaven er en nærmere vurdering av bakgrunnen for behovet for tiltak for pasientgruppen innen muskelskjelett og hvorfor akkurat pakkeforløp ble valgt som tiltak. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke endringer i samfunnet og i det helsepolitiske bildet som bidrar til fokuset på pakkeforløp. I tillegg ønsker jeg å se på hva det er i pasientgruppen som kan innebære utfordringer for utviklingen av tiltaket pakkeforløp. Oppgaven vil ikke forsøke å gi et svar på hvorvidt pakkeforløp på muskelskjelett bør innføres i Norge, men heller belyse utviklingen frem til pakkeforløp, hvorfor det blir sett på som en mulig løsning for å håndtere muskelskjelettpasientene og hvilke utfordringer som kan være gjeldende. Pakkeforløp for muskelskjelett har vært lite i fokus, og jeg mener at både vurderinger og målsetninger rundt utvikling, og aktørenes egne tanker og erfaringer, kan bidra med relevant og ny innsikt i emnet.

Til tross for at det er tre år siden oppdraget ble gitt, er det lite informasjon tilgjengelig om hvordan dette vil se ut som et ferdig pakkeforløp, hvilke vurderinger som har blitt gjort underveis i arbeidet, og hvilke utfordringer som har gjort seg gjeldende.

### **Problemstilling:**

Hvorfor ble det besluttet å innføre pakkeforløp på muskelskjelettplager, og hvilke hindringer er det sannsynlig at har vært til stede i utviklingen av pakkeforløp på muskelskjelettplager?

### **Forskningsspørsmål:**

- Hvilke behov er pakkeforløp på muskelskjelettfeltet ment som et svar på?
- Hvilke utfordringer er til stede i utviklingen av pakkeforløp på muskelskjelettfeltet?



## 2 BAKGRUNN

Dette kapittelet vil sette søkelys på hva som ligger bak det helsepolitiske skiftet til økt bruk av pakkeforløp, hvordan helsevesenet har utviklet seg, og hvordan pakkeforløp har utviklet seg på bakgrunn av prosessorienterte modeller som «New Public Management». Kapittelet vil også sette fokus på hvilke helsepolitiske målsetninger som har vært gjeldende under innføringen av pakkeforløp, og hva pakkeforløp er og innebærer for helsetjenesten og pasientene. I tillegg vil jeg diskutere muskelskjelettfeltet og den samfunnsøkonomiske byrden muskelskjelettplager representerer.

### 2.1 Utvikling i helsevesenet

Helsesektoren har de senere tiårene gjennomgått betydelige endringer, både basert på ny kunnskap og politiske føringer (15, 16). Kostnadene knyttet til helserelevante aktiviteter er kontinuerlig økende, og vi bruker mer penger og mer arbeidskraft på helsefeltet enn noen gang tidligere (17, 18). Til tross for dette er hyppig og tidvis høyrøstet kritikk mot deler av norsk helsevesen fortsatt til stede (17). Toleransen i samfunnet for manglende eller sen diagnostikk er lavere, og rask og korrekt behandling i et tidlig sykdomsforløp er forventet (17, 19). To gap pekes på som ansvarlige for kritikken av helsevesenet, gapet mellom befolkningens ønsker og det helsevesenet kan gjøre ut fra nåværende kunnskapsnivå, og gapet mellom helsevesenets muligheter og de økonomiske ressursene samfunnet stiller til disposisjon (17). Med andre ord blir debatten relatert til helsetjenestens handlingsrom basert på evidens, og hvordan ressursene skal prioriteres (20).

Sykehusreformen i 2002 omorganiserte ansvaret for spesialisthelsetjenesten til staten, med opprettelse av helseforetak og regionale helseforetak (16, 21). Formålet var todelt, med samling av eierinteresser med samtidig delegering og profesjonalisering av styringsansvar, og effektivisering av ressursbruk med tydeligere oppdeling av tjenesten (21).

Endringen i styringsform i sektoren har også ført til nye finansieringssystemer. Det er en tydelig dreining mot styring basert på kriterier for oppnådde resultater i produksjonen og en klar kobling fra resultatkrav til budsjettbetingelser (16, 22). Innsatsstyrt finansiering ble introdusert ved de fleste sykehus i 1997, for å oppmuntre til økt produksjon ved at deler av budsjettet nettopp ble koblet med resultatkrav i form av antall pasienter til behandling og

hva de behandles for (23). I Norge er denne koblingen knyttet til DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper), og omkring 50% av finansieringen stammer fra DRG-poeng mens øvrig finansiering er basert på rammebetingelser (16, 22). Rammefinansieringen skal sikre grunnkostnadene, mens DRG-poengene sikrer økt inntekt ved økt innsats og høyere aktivitet (23).

Standardisering i helseforetakene kan ses på som en følge av endret organisering. Staten, som eier, gir oppdrag til de regionale foretakene, men ønsker informasjon tilbake om kvaliteten på tjenestene som blir levert. Ytre kontrolltiltak gjennom nasjonale standarder er en del av dette (16). Standardiseringen gjør måling og rapportering fra helseforetakene lettere, men krever samtidig tilpasning av arbeidsoppgaver til standard prosedyrer (16). Det har vært en betydelig effektivisering i spesialisthelsetjenesten de siste 15-20 årene (19), men det pekes samtidig på at stadig mer tid går med til rapportering, der en økning i ressursbruk på kontrolloppgaver kan gå på bekostning av kjernevirksomheten (16, 24).

Beslutningsprosessene på klinisk nivå i sykehusene har også gjennomgått endringer (25). Fra tidligere å være hovedsakelig basert på erfaring, er de fleste avgjørelser nå i stor grad basert på klinisk forskning og anerkjent som evidensbasert (25). Til tross for at tanken om evidensbasert praksis ikke er ny, er utstrakt bruk av evidensbasert kunnskap for å styre praksis av nyere tid (26, 27). Et uttalt paradigmeskifte ble lansert på starten av 90-tallet, der det ble fremmet at en endring mot evidensbasert praksis ikke kun gir det beste grunnlaget for avgjørelser knyttet til den enkelte pasient, men også for avgjørelser knyttet til helsesystemene (27).

Oppbyggingen av en mer pasientsentrert helsetjeneste har gjort seg stadig mer gjeldende siden 1960-årene (28). Dreiningen mot en mer pasientsentrert helsetjeneste tar avstand fra den tidligere, mer paternalistiske strukturen, og understreker viktigheten av pasientens verdier og preferanser, samt oppfordrer pasienter til å påta seg en mer aktiv rolle i relasjon til egen helse (28). Med endringene i både pasientinvolvering og foretaksmodeller for helsesektoren, blir også andre utfordringer gjeldende. Særlig er det bekymring for hvorvidt feilaktig bruk og definisjon av brukermedvirkning vil føre til en mer forbrukerorientert pasient-tilnærming som ytterligere øker ressursbruk og forventninger, utfordrer klinikerens profesjonalitet og setter den profesjonelle integriteten under press (28).

### **2.1.1 New Public Management**

Effektivitet og rettferdighet er ansett som hovedføringer for helsepolitikken (15). En satsning for å oppnå økt effektivitet, og som har fått stadig større plass i offentlig styring over de senere årene, er New Public Management (NPM) (21, 29). NPM beskriver prinsipper og metoder for styring som baserer seg på en antakelse om at offentlige virksomheter som likner mer på markedet vil kunne øke kvalitet og effektivitet (29). Mål- og resultatstyring, økt konkurranse og større valgfrihet for brukere av ulike tjenester har alle vært tungtveiende faglige begrunnelser for økt bruk av NPM-styringsprinsipper (16, 29). NPM fokuserer på brukeren i stor grad, og brukerens valgfrihet og preferanser får ofte stor plass (16, 30).

I helsesektoren ble NPM-prinsippene i stor grad innført i forbindelse med sykehusreformen av 2001, og organiseringen av helsetjenestene har hatt høyt fokus siden (31). Også finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten med DRG-systemet er et eksempel på et NPM tiltak, der det er en direkte kobling mellom effektivitet og inntekt (3, 16).

Til tross for sin plass i offentlig forvaltning er NPM-systemet under kritikk og debatten foregår på tvers av profesjoner og fagmiljøer (32). Det pekes blant annet på at rapporteringsmål i manglende grad måler reell kvalitet og effektivitet, men heller fokuserer på det som enkelt lar seg måle (32). Det målorienterte fokuset pekes også på som en potensiell årsak til vridningseffekter, der krav relatert til resultat påvirker prioriteringer og styringsmål prioriteres over faglige vurderinger (32).

## **2.2 Helsepolitiske målsetninger**

Statistisk sentralbyrå vurderer de samlede løpende helseutgiftene årlig, og de endelige tallene for 2018 viser at helseutgifter står for 10 prosent av samlet brutto nasjonal produkt (BNP) (33). Som befolkning blir vi stadig færre yrkesaktive og en stadig økende andel eldre. Dette fører til et behov for å organisere tjenestene på en annen måte for å opprettholde en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (19). Helsemyndighetene viser til utnyttelse av teknologi, kompetanse og en effektiv oppgavehåndtering som en essensiell forutsetning for å lykkes (19).

Det har de siste 10-15 årene vært tydelige politiske føringer for utarbeidelse og bruk av prosessorienterte modeller, der bakgrunn for innføringen peker på at disse skal bidra til å løse

kvalitets- og koordineringsproblemer i helse- og velferdssektoren (34), og effektivisere tjenesteproduksjonen (16). Endringer i klinikerens beslutningsprosess har bidratt til en mer evidensbasert praksis, men et viktig skifte er også endringen i pasientens rolle, der det er et stadig større fokus på inklusjon av pasienten i beslutningsprosessen (20). Brukermedvirkning i helsetjenesten har blitt stadig mer omtalt de senere årene, og er en uttalt politisk målsetning i styringsdokumentene knyttet til helsetjenesten (19, 20, 35-37).

En videreføring av tankegangen knyttet til prosessorienterte modeller ble formulert i den nasjonale kreftstrategien «Sammen mot kreft (2013-2017)» (35) der ambisjonen om at Norge skulle bli et foregangsland innen pasientforløp på kreftområdet ble formulert (35, 38). Strategien pekte på behovet for at pasienten opplever sammenhengende tjenester uten unødige forsinkelser, at nødvendig informasjon er tilgjengelig, og at 80% av kreftpasienter skal starte behandling innen 20 virkedager etter at henvisning er mottatt (35, 38). Et annet sentralt mål er at man gjennom standardiserte forløp skal bedre samhandling på flere nivåer: internt i helseforetaket, mellom helseforetaket og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (35, 38).

Det overordnede helsepolitiske målet ligger i å sikre en bærekraftig helsetjeneste. Som et middel for å oppnå dette peker de øvrige helsepolitiske målene mot å minimere uønsket variasjon, sikre brukermedvirkning, sikre kvalitet, bedre samhandling og koordinering, og sikre effektivitet i sektoren blant annet ved hjelp av målstyring. Dette skal ideelt sett ikke føre til økt ressursbehov.

### **2.2.1 Redusere variasjon i helsetjenesten**

Et område som får stadig større fokus i helsetjenesten er uønsket variasjon, som et potensielt uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling (19). Uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester er en potensiell indikasjon på kvalitetssvikt og kan gi utslag i pasientsikkerheten (20). Prop. 1 S (2020-2021) peker på at et sentralt mål for helsetjenesten generelt er å arbeide mot å redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasienten (11). Bruk av helseatlas og resultater fra kvalitetsregistre dokumenterer stor variasjon i bruk og tilgang til helse- og omsorgstjenester (39). Til tross for at en stor andel av variasjonen kan knyttes til forskjeller i behov, geografiske hensyn og lokale og nasjonale prioriteringer, er en andel ubegrunnet og viser dermed til uønsket variasjon (39).

Uønsket variasjon strider mot prinsippet om likeverdige tjenester, og har stor betydning for den samlede ressursutnyttelsen (19). Pakkeforløp har blitt fremmet som et virkemiddel for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten (19, 39). Ved at pasienter inkluderes i et planlagt forløp med frister for hva som skje vises det til at pakkeforløpene i seg selv skal bidra til større grad av likebehandling (39), der alle har rett til den samme behandlingen innen den samme fristen (15).

### **2.2.2 Brukermedvirkning**

Pasientens mulighet til å medvirke i avgjørelser knyttet til egen helse har hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven. Videreføring og ivaretagelse av dette har blitt en stadig mer sentral målsetting i helsepolitikken, som «Pasientens helsetjeneste» er et eksempel på (37). I nasjonal sykehusplan 2020-2023 vektlegges pasientens stemme ytterligere, der et overordnet mål er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte (19). Pasienten skal bli hørt på flere nivåer, både i det enkelte møte mellom behandler og pasient, og som påvirker i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene (19).

Begrepet brukermedvirkning knyttes opp mot et demokratisk rettighetsprinsipp der brukere av en tjeneste også skal ha en mulighet til å påvirke innhold eller utforming (30). Begrepet er imidlertid vidt; demokratisering, effektivisering, re-distribuering av oppgaver og ansvarliggjøring av brukere er alle relevante kurser for brukermedvirkning (40). Det anses likevel at det overordnede målet er myndiggjøring og inkludering (30), der brukerne innehar rett til å medvirke, og påfølgende at helsetjenesten har plikt til å involvere (41). Til tross for at brukermedvirkning i økende grad blir benyttet, peker også litteraturen på at det må politiske reformer til for at brukerorganisasjoner skal få avgjørende innflytelse (30).

Utfordringene knyttet til brukermedvirkning oppstår i dilemmaet mellom å realisere brukerens ønsker og forventninger opp mot hva helsepersonellet oppfatter som faglig forsvarlig og hva som er gjennomførbart med hensyn til ressursbruk og organisatoriske forhold (41).

Brukermedvirkning har vært en uttalt viktig faktor i opprettelsen av pakkeforløpene (35), men det er imidlertid en usikkerhetsfaktor knyttet til hvorvidt økt standardisering er med på å sette lidelsen, heller enn den lidende personen, i fokus, og slik bidra til en negativ brukeropplevelse (26). Standardisering i seg selv kan også være en risikofaktor for å overse pasienters individuelle behov (42).

### **2.2.3 Kvalitet i helsetjenesten**

I 2012 ble den første stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet for en samlet helse- og omsorgstjeneste lansert (43). Meldingen beskriver at god kvalitet i tjenestene omhandler kvaliteten på hvert enkelt tiltak, så vel som at tjenesten i helhet bidrar til flest mulige leveår med god helse (43). Kvalitet er ikke et enkelt begrep, og kan innebære flere faktorer (44). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023) peker på at tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, inkluderer brukermedvirkning, er trygge og sikre, er samordnet og kontinuerlige, har god ressursutnyttelse og en rettferdig fordeling (45).

Det hersker liten tvil om at kvalitetssikring er en essensiell del av helsesektoren. Imidlertid er det likevel spørsmål knyttet til hva som er kvalitet, og hva som egentlig sikres ved ulike prosedyrer (26). Målingsparametere er av stor viktighet, det er utfordrende å sikre at de nasjonale tiltakene faktisk bidrar til forbedring og kvalitetsheving, samtidig som man unngår unødvendig rapportering og ekstraarbeid (43).

Pakkeforløp beskrives som én av flere relevante tiltak for å forbedre kvalitet i helsesektoren (46), blant annet ved at de baseres på nasjonale faglige retningslinjer (47) og overordnet gir økt forutsigbarhet og kontroll (34). Både økt brukermedvirkning (48), reduksjon i variasjon i helsetjenesten og redusert ventetid (20, 34), bedret samhandling (35, 36, 38), og økt kontroll (49), i tillegg til konkrete målefaktorer som bedret kosteffektivitet og redusert antall liggedøgn er ansett som kvalitetsforbedringer (50).

### **2.2.4 Samhandling**

Samhandling er ofte representert ved hensiktsmessig samordning mellom nivåer i helsetjenesten, og pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester (43). Behov og tiltak for å bedre samhandling i helsetjenesten har vært gjeldene over en lengre periode, men tilstrekkelig samhandling er dessverre fortsatt en aktuell utfordring (43, 51). En gjennomgang av pasienters erfaringer med norske sykehus viser at samhandling fortsatt er en av indikatorene med dårligst skår i forhold til pasienters erfaringer, og at det ikke er påvist statistisk signifikant endring siden 2015 (51).

Det kommunale eierskapet av primærhelsetjenesten og statlige eierskapet av spesialisthelsetjenesten setter tydelige krav til samhandling for å oppnå helhetlige pasientforløp (24). Utviklingen av IKT-systemer (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) har hatt stor innvirkning på graden av samhandling, og arbeid med å sikre sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen er igangsatt (43). Målet er en løsning der helsepersonell får rask tilgang til nødvendig informasjon, og at en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene sikres (43).

En av de uttalte målsetningene knyttet til innføringen av pakkeforløp dreier seg om pasientens behov for sammenhengende tjenester, der samhandling skal forbedres på flere nivåer og dobbeltarbeid skal begrenses (34, 35, 38). Pakkeforløpene skal sikre samhandling i helsetjenesten ved å spesifisere ansvarsfordeling, at pakkeforløpene starter og slutter i primærhelsetjenesten, og at samhandling ivaretas ved tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT)-møter underveis (19, 50, 52).

### **2.2.5 Mål og resultatstyring**

En endring i helsevesenet mot mål og resultatstyring har i stor grad vært gjeldende i norsk forvaltning siden 1980-årene (16, 49). Mål og resultatstyring ble fastsatt som statlig krav i 1986, og alle statlige virksomheter har skullet benytte denne styringsformen siden 1990 (49). Styringsformen er ansett som et verktøy for å gjøre styring mer rasjonell, særlig knyttet opp mot beslutningstakere (49).

Mål og rangeringsløsninger kan bidra til økt oppmerksomhet på utfordringer så vel som gode løsninger, med påfølgende nødvendige tiltak og læring av andre (49). Målstyring pekes på som en viktig del av forbedringsarbeid fordi team utvikler seg og presterer bedre når de kan måle fremgang over tid, og sammenligne egne resultater med tilsvarende enheter både i og utenfor organisasjonen (18). Et gjennomgående fokus på målstyring, med måling av flere parametere, kan bidra til at målstyring ikke bare er en ekstern kontrollfaktor, men gir informasjon om interne prosesser og arbeidsoppgaver som kan benyttes i daglig forbedring- og kvalitetsarbeid (53). Offentlig rapportering av utfallsparemetere kan akselerere innovasjon ved at tjenstyterne motiveres av konkurranse (54).

Utfordringsbildet i mål og resultatstyring er, paradoksalt nok, ofte rettet mot utfordringen knyttet til å måle virkningene av politiske endringer og styringsverktøy på en tilfredsstillende måte (49). Den nåværende strukturen og informasjonsflyten i helsesystemene gjør at det er utfordrende å måle de riktige resultatene, og tjenesteytere måler ofte det man har direkte kontroll over i en gitt intervensjon og som er lett å måle (54). Porter og Lee kritiserer manglende tydelighet i målstyringen i helsesektoren, og et misforstått fokus på hva som måles i relasjon til hva man forsøker å oppnå (18). Utfordringen med at det er de enkle, heller enn de relevante parameterne som måles, går igjen i den generelle kritikken av NPM-systemet (32). Heller enn å fokusere på tilgang til helsetjenester, kostnadseffektivitet eller økt profitt, pekes det på at målet må være verdi i tjenesten, definert som utfall av betydning for pasienten i relasjon til kostnad med å oppnå disse utfallene (18). Med en mer målstyrt organisering vil målkonflikter også være gjeldende, særlig i fordelingen av knappe ressurser (16).

### **2.2.6 Ressursbruk**

Offentlige ressurser har alltid alternativ bruk, og helsetjenesten tar stadig en større andel av fellesmidlene tilgjengelig i samfunnet (21, 33). Styringsdokumenter for helsetjenesten vektlegger at det å forene ønsker og muligheter innenfor ressursrammene vi har til rådighet er krevende, og peker blant annet på teknologiske fremskritt og effektivisering som potensielle løsninger (19). Pakkeforløp er foreslått som en strategi for å optimalisere ressursbruk i et samfunn med stadig økende kostnader knyttet til helsetjenesten (19, 25).

Ved standardisering av helsetjenestene håper man å oppnå andre metoder for å forbedre pasientbehandlingen som ikke resulterer i økt ressursbruk, og ny organisering, heller enn tilføring av ressurser, blir sett på som en løsning (55). Implementeringen av pakkeforløp i Norge har blitt gjennomført lokalt ved helseforetakene (38, 47), og det pålegges de regionale helseforetakene å sikre implementering og oppfølging av pakkeforløpene (47).

Helseforetakene har ikke mottatt midler knyttet til innføringen av pakkeforløpene, og har derfor vært nødt til å omdisponere interne ressurser ved behov og igangsette egne strategier og tiltak for å imøtekomme kravene knyttet til implementering og gjennomføring (38, 56). Dette kan videre legge føringer på organiseringen av helsetjenesten, dersom innføringen av pakkeforløp er vellykket vil det være et eksempel på at helsetjenesten bør organiseres på en annen måte, som kan oppnås uten tilførsel av nye ressurser (55).



## **2.3 Pakkeforløp**

I diskusjonen over har de helsepolitiske målsetningene for innføring av pakkeforløp blitt belyst. Pakkeforløpene kan forstås som en forlengelse av NPM, der kostnadskontroll, effektivisering og kvalitetsforbedring er relevante begreper (55). Pakkeforløp er en standardisering av pasientforløp som beskriver hvordan utredning/behandling, kommunikasjon, ventetid og ansvars plassering skal organiseres (47). Pakkeforløpene er basert på nasjonale faglige retningslinjer (47), og skal sikre helhetlig, kunnskapsbaserte og standardiserte pasientforløp, som bidrar til at pasientene får rett behandling til rett tid (9).

En endring i helsetjenesten mot et standardisert helsetilbud har gradvis utviklet seg, og pakkeforløp er ansett som den endelige realiseringen av dette (56). Til tross for at de nasjonale pakkeforløpene først ble innført i helsetjenesten i Norge i 2015 (1), er konseptet langt fra nyutviklet og har blitt benyttet i helsetjenesten i USA siden 1980-tallet (46).

### **2.3.1 Hva innebærer pakkeforløp?**

Pakkeforløp innebærer en omorganisering av helsetilbudet ved å standardisere et forløp, som skal gi mindre variasjon i behandling, og samtidig økt transparens og forventning til behandlingen (57). Pakkeforløp er i stor grad basert på kliniske retningslinjer, men der kliniske retningslinjer gir generiske anbefalinger, skal imidlertid pakkeforløp gi en detaljert beskrivelse av struktur, system og ventetider for å rette seg etter disse (25, 50). Pakkeforløp er i hovedsak iverksatt for spesifikke sykdomsgrupper som møter gitte kriterier (46).

Pakkeforløpene skal sikre at alle har rett til den samme behandlingen innen gitte frister, og legger med dette press på likhet og rettferdighet, som er sentrale pilarer i helsetjenesten (15). Forhåndsdefinerte forløpstider er særlig relevant, og anses som et sentralt virkemiddel for å unngå forsinkelser i utredning og skape forutsigbarhet for den enkelte pasient (38). Styringsmål for helsesektoren peker på hvor stor andel av pasientene som skal gjennomføre forløp til normert tid (58), og resultater for de regionale helseforetakene publiseres fortløpende (59).

### **2.3.2 Individualisering versus standardisering**

To utviklingstrender er til stede i prosessen for å forbedre helsetjenesten. På den ene siden er det et økende fokus på å inkludere pasientens perspektiv som brukermedvirkning, både i selve tjenesten og utvikling av retningslinjer og prosedyrer (60). På den andre siden er det et stadig skifte mot evidensbaserte helsetjenester med standardisering av tjenesten (60). De standardiserte prosedyrene setter de organisatoriske kravene i fokus, som i utgangspunktet ikke inkluderer pasientens medvirkning, og som heller ikke fokuserer på pasientens individuelle behov (60). Det pekes på at standardisering og resultatmål gir et fundament både for å ivareta enkeltpasientens rettigheter og samtidig gi innsyn i velferdsstatens aktiviteter (31). Imidlertid vil denne standardiseringen samtidig kunne redusere muligheten til individuell tilpasning til den enkeltes behov og klinikerens vurdering knyttet til dette (31).

Til tross for at dette i utgangspunktet vil bli oppfattet som motsetninger, ses det flere eksempler på at dette blir brukt som deler av en helhetlig løsning, med fokus på et ønske om økt effektivitet i helsesektoren sammen med et fokus på individuelle rettigheter og brukermedvirkning. Håland og Melby beskriver motsetningene i de politiske talene som omhandler pakkeforløp for kreft (55). De peker på at individualisering først blir presentert som noe negativt, med vilkårlighet og variasjon som viktige faktorer, og at standardisering derfor er viktig. Samtidig vises det til at individualisering er positivt med større medbestemmelse for pasienten (55). Begrepet «pasientens helsetjeneste» benyttes flittig som et argument for den enkelte pasients behov, men brukes samtidig for å argumentere for en standardisert løsning. Helsepolitisk hentes både de positive aspektene ved individualisering og standardisering frem, og det vises samlet til at pasientene får det beste fra begge verdener i standardiserte forløp (55). Helsedirektoratet påpeker behovet for å balansere det standardiserte forløpet mot individuelle ønsker og behov (38, 52).

### **2.3.3 Utfordringer ved pakkeforløp**

Pakkeforløp er en beskrivelse av prosess, og ved igangsetting av pakkeforløp skal potensielle flaskehalsen identifiseres (61). Ulike organisasjoner, og ulike sykehus, kan ha variasjoner i disse «flaskehalsene» grunnet mindre forskjeller i organisering og oppsett av tjenesten (61). Standardiserte pakkeforløp i en samlet helsetjeneste vil, i sin målsetning og likhet uavhengig av bosted, ha lite rom for variasjon i utfordringer eller organisering lokalt. Til tross for at

utfordringsbildet ved de individuelle sykehusene vil variere, skal samtlige tilpasses samme prosess (61). Mulighetene til å lykkes med indikatormålinger vil derfor ha forskjellig utgangspunkt, men helseforetakene vil måles på kvalitetsindikatorer uten hensyn til dette, som kan innebære at helseforetak med tidligere gode resultater på kreftbehandling likevel må legge om tjenesten for å oppnå suksess opp mot gitte kvalitetsindikatorer for tjenesten (61).

### **Vridningseffekter**

Som tidligere nevnt er en av hovedmålsettingene ved innføringen av pakkeforløp å sikre likhet til helsetjenesten - også relatert til å unngå unødvendig ikke-medisinsk forsinkelse i tilbudet (11, 38). Helsetjenesten er på sin side under kontinuerlig press, og må balansere krav opp mot ressurser tilgjengelig (56). Å unngå alle potensielle vridninger har blitt karakterisert som uoppnåelig, men et viktig poeng er å sørge for at nytten av resultat og målstyring er større enn kostnaden for samfunnet (49).

Endring av finansieringsløsninger til aktivitetsbasert finansiering og DRG-systemet blir også pekt på som en potensiell kilde til vridningseffekter (62), ettersom finansieringen er koblet mot produktivitet (63). Målstyring, og målstyring som et middel til økte ressurser kan resultere i utilsiktede konsekvenser i form av blant annet juks med systemet eller endret prioritering mellom pasientgrupper (62).

En gitt målsetning for pakkeforløpene for kreft er at 70% av alle pakkeforløpene skal gjennomføres innen fristen (38, 56, 58). Det er selvfølgelig av betydning for pasienter å få en rask utredning og diagnose, men samtidig vil et sterkt fokus på forløpstider kunne resultere i en rekke potensielle vridningseffekter (38). Offentlig publisering av statistikk fra de ulike helseforetakene setter gjennomføringsgraden i søkelyset og fører til økt oppmerksomhet fra media, myndighetene og helseforetakene selv (56). Forløpstidene er også karakterisert som nasjonale kvalitetsindikatorer, og gir dermed et inntrykk av at måloppnåelse indikerer kvalitet i helseforetaket (56).

To trender utpeker seg som arbeider mot hverandre i oppnåelsene av målsetning knyttet til forløpstid; flaskehals og strategiske tiltak (56). En tydelig utfordring mot å nå målsetningen relatert til forløpstid er flaskehals i tjenesten på bakgrunn av tilgjengelig ressurser (56). Strategiske tiltak viser til hvilke aktiviteter og strategier helseforetaket og dets ansatte

iverksetter for å nå målene. Dette kan være tiltak som ansettelse av nytt personell, endring av arbeidsflyt og samarbeid med eksterne aktører, men kan også inkludere tiltak som prioriteringsendringer og koding som til tross for at målene nås har utilsiktede vridningseffekter (56).

En potensiell vridningseffekt av prioriteringsendringer er unødvendige undersøkelser, der man tidligere hadde avventet resultater fra en undersøkelse før man vurderer behov for ytterligere undersøkelser, kan presset på forløpstider gjøre at flere undersøkelser igangsettes parallelt (38). Dette vil innebære økt ressursbruk i form av kostnader og personell for helseforetaket og staten, og ekstra belastning og potensiell stråling for pasienten (38). Unødvendige eller ekstra undersøkelser er hyppigere ved bruk av private aktører i situasjoner med kapasitetsutfordringer eller ressursmangel (38). Til tross for at bruken av private aktører kan virke som en ekstra ressurs fører det ofte til at pasienten må gjennomgå en ekstra runde med undersøkelser når de kommer tilbake til det offentlige helsevesenet (38).

En annen risikofaktor knyttet til overholdelse av forløpstid vil være prioritering av enkelte pasientgrupper fremfor andre, omtalt som crowding out-effekter (38, 56). Ansatte innen helseforetakene bruker begrepet «pakkeforløp» strategisk for rask utredning ved lange ventetider, og oppfatter at begrepet bidrar til å komme frem i køen (38, 56). Dette innebærer at for å overholde frister må en gitt gruppe prioriteres, som automatisk fører til at andre pasienter nedprioriteres.

#### **2.3.4 Evaluering av pakkeforløp**

Pakkeforløp blir brukt i økende grad i helsetjenesten over hele verden (46, 61). Et Cochrane review fra 2010 indikerer at pakkeforløp kan være forbundet med økt pasientsikkerhet, uten å føre til økte kostnader eller antall liggedøgn (25). Andre studier viser til at pakkeforløp kan redusere gjennomsnittlig antall liggedøgn, og med dette øke kostnadseffektiviteten og følgelig forbedre kvaliteten i helsetjenesten (50).

Til tross for at enkelte spesifikke pakkeforløp er inkludert i helsetjenesten de senere årene, er det særlig to grupper som har blitt inkludert i satsningen: kreftpasienter og pasienter innen psykiatri og rus.

## **Pakkeforløp for kreft**

De første pakkeforløpene for kreft ble implementert i helsetjenesten i 2015 (1), og nærmest umiddelbart erklært en suksess politisk (2). En gjennomgang av utvalgte pakkeforløp på kreft i Norge konkluderer noe mer forsiktig, og viser til at pakkeforløpene er en betinget suksess (38). Evalueringen viser at pakkeforløpene bidrar til reduksjon i ventetid for pasientene og en overordnet bedring i organiseringen av pasientforløpet, men det er lite som tyder på at pakkeforløp bidrar til å styrke brukervedvirkning, men heller at det standardiserte løpet i mindre grad innbyr til brukervedvirkning (38). Det vises også til at kliniske hensyn, som hastigheten på sykdommens utvikling, viker fremfor hvor raskt logistisk og organisatorisk det er mulig å gjennomføre pakkeforløpene og at kvalitetshensyn knyttet til diagnostikk ofte går fremfor kvalitetshensyn knyttet til tidsfrister (38). Andre evalueringer viser til at det oppfordres til brukervedvirkning innen rammene av det standardiserte systemet, men ikke dersom pasienten har ønsker eller behov utenfor de standardiserte løsningene (42). Sluttrapporten knyttet til evaluering av pakkeforløpene for kreft viser til at det fortsatt er stor variasjon i tiden det tar å bli utredet for kreft mellom helseforetakene, men at pakkeforløpene kan være et skritt i riktig retning (38).

## **Pakkeforløp for psykisk helse og rus**

Med bakgrunn og erfaringer fra de innførte pakkeforløpene på kreft-feltet fikk Helsedirektoratet i 2016 i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for psykisk helse og rus (3). Pakkeforløp på psykisk helse og rus har i langt større grad vært omdiskutert og debattert enn pakkeforløpene på kreft-feltet, og det er en tydelig splittelse i fagmiljøet (4-7). En evaluering av fagfolks erfaringer det første året etter innføring viser at det fortsatt i stor grad er skepsis til pakkeforløpene, og at denne skepsisen er økende (7). Et stort flertall av ansatte mener at pakkeforløpene ikke bidrar til måloppnåelse av de overordnede målsettingene, og mangelfulle registreringsverktøy har også overskygget fokus på operasjonalisering av innhold og kvalitet (7). Evaluering av brukere og pårørende viser at det generelt er bred enighet om de overordnede målsettingene for pakkeforløpene, men at betydelig innsats gjenstår for å oppnå økt brukervedvirkning, sammenhengende og koordinerte forløp og bedre oppfølging (64).

### **2.3.5 Klinikerens rolle (autonomi)**

Den kliniske autonomien er blitt pekt på som satt under press og utfordret ved introduksjonen av pakkeforløp. Særlig har den kliniske autonomien blitt debattert innen pakkeforløpene på rus og psykiatri (4, 5). Den kliniske autonomien gjelder spesifikt i kliniske situasjoner, selv om den er begrunnet i forvaltningen av kunnskap (26). Det er relevant å skille mellom profesjonsautonomi og klinisk autonomi, der profesjonsautonomien angår profesjonens forhold til samfunnet, foregår klinisk autonomi på et annet nivå og angår klinikerens relasjon til pasienten (26). Til tross for at pakkeforløp først og fremst representerer en endring i tjenesten, er det også tydelige eksempler på krav om individuell endring for å nå målene (56). For å møte forløpskravene knyttet til pakkeforløp kan klinikerens arbeidsmetoder, sammen med økt detaljstyring av arbeidsoppgavene, kan sette klinikerens autonomi under press (56).

Evidensbasert praksis har etterhvert blitt gjeldende for helsetjenesten, og også i dette er den kliniske autonomien utfordret (26). Å skille mellom ulike måter kunnskapen benyttes på er relevant, eksempelvis i forskjellen mellom anbefalinger til populasjonen som helhet, og i den enkelte konsultasjonen i klinisk praksis (26). Der generiske anbefalinger fint kan være gjeldende også i klinisk praksis, må klinikerens selv kunne vurdere om kunnskapen er overførbart til det enkelte individet basert på et utvalg av parametere, og nettopp gi rom for individualisering basert på klinikerens autonomi (26). Med andre ord må klinikerens anvende sin kunnskap til pasientens beste, i situasjoner der generisk kunnskap ikke er tilstrekkelig eller direkte overførbart (27).

## **2.4 Muskelskjelett**

Muskelskjelettplager er utbredt i befolkningen, og årlig rammes om lag 1,2 millioner av rygg- og nakkeplager alene (10). I moderne medisin er en av grunnpilarene en spesifikk diagnose på et tidlig stadium som videre legger føringer på tiltak (12). For muskel- og skjelettsmerter er ofte en spesifikk tidlig diagnose utfordrende. Årsaken til plagene er ofte ukjent eller basert på et sammensatt bilde.

I Norge er diagnosegruppen knyttet til muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til sykefravær, og er, etter psykiske lidelser, den vanligste årsaken til uførhet (39).

Muskelskjelettlidelser rammer en stor andel av befolkningen, og kvinner er plaget hyppigere enn menn (39).

Muskel- og skjelettlidelser har nylig blitt klassifisert som en folkesykdommene av de ikke-smittsomme sykdommene (NCD: Noncommunicable Chronic Diseases) og står for rundt 20% av det ikke dødelige helsetapet i Norge (39). Folkehelsemeldingen peker på behovet for økt innsats rettet mot muskel- og skjelettlidelser, og at muskelskjelettlidelser påfølgende har fått en sentral plass i NCD-strategien (39). Folkehelsemeldingen viser til at muskelskjelettlidelser utgjør en betydelig sykdomsbyrde for den enkelte som blir rammet, og har store implikasjoner for samfunnet som helhet (39). Muskelskjelettpasienter er ofte utsatt for en fragmentert tilnærming i helsesektoren. Pasienten kan bli henvist fra fastlege eller annen behandler til spesialisthelsetjenesten, og derfra videre til radiologi eller annen spesialitet, uten fokus på mål av utfall, varighet i utredning eller kostnad (18).

#### **2.4.1 Rygg- og nakkesmerter**

Rygg- og nakkeplager er ansvarlig for omtrent 85 % av muskelskjelettplagene (10). De fleste tilfeller av ryggsmertor har kort varighet (65). Tilbakefall er imidlertid vanlig og for en andel vil smertene vedvare med påfølgende redusert funksjon og tap av livskvalitet (65). Rygg- og nakkesmerter fører ofte til sykmelding, og totalt ble 149 820 unike pasienter sykmeldt i 2018 (10), samtidig som en andel faller helt utenfor arbeidslivet. Dette medfører en betydelig samfunnsøkonomisk kostnad, med kostnader knyttet til sykefravær, uføretrygd og lavere produktivitet (10).

De gjeldende nasjonale retningslinjene på korsryggssmerter ble sist faglig oppdatert i 2007. Manglende oppdatering av retningslinjene er kritisert, 14 år har gått siden forrige oppdatering og kunnskapsnivået vil naturligvis ha endret seg, og det kan ikke lenger vises til at retningslinjene skal gi helseøkonomisk beslutningsstøtte og være basert på best tilgjengelig kunnskap (66). En artikkelserie om korsryggssmerter ble publisert i «The Lancet» i 2018, der en tverrfaglig internasjonal ekspertgruppe redegjorde for dagens kunnskapsstatus, og poengterte at det eksisterer et betydelig gap mellom anbefalinger og praksis på feltet (66). Det er tydelig behov for å øke fokus på ryggsmertor og identifisere kostnadseffektive strategier for å håndtere konsekvenser og kostnadsbyrde for fremtiden (65).

## **2.4.2 Pakkeforløp på muskelskjelett**

Folkehelsemeldingen (2019) viser til at «Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide pakkeforløp på muskelskjelettlidninger» (39) (side 109). Helseminister Bent Høie konkretiserte i sitt svar på et skriftlig spørsmål fra Stortingsrepresentant Mørland at «for å gjøre oppgaven håndterbar, har departementet bedt om at Helsedirektoratet avgrensner det pågående arbeidet til slike uavklarte lidelser. Pasienter med smerter, utmattelse og muskelskjelettlidelser som knyttes til en definert grunnlidelse, som for eksempel leddgikt eller Bekhterevs sykdom, omfattes ikke av pakkeforløpene» (14).

Rådet for muskelskjeletthelse, som samler fagmiljøer og pasientforeninger innenfor muskelskjelettfeltet, arrangerte i 2019 en heldagskonferanse på pakkeforløp i Helsedirektoratets lokaler (13). Det ble i etterkant av konferansen stor frustrasjon i fagmiljøene, og Helsedirektoratet ble beskyldt for at «tid og krefter brukes på å vise frem kompleksitet – ikke på å finne løsninger» (13). Fagmiljøene peker på et behov for å anerkjenne at primærhelsetjenesten har en nøkkelrolle for behandling av skader, plager og lidelser i muskelskjelettsystemet, og at, i lys av Helsedirektoratets innspill om at kommunene i større grad må ta ansvar for pasienter med muskelskjelettlidelser, pakkeforløp kan være en riktig og nødvendig utvikling (67).

Lite har vært publisert eller formidlet utad rundt pakkeforløp på muskelskjelett det siste året. Det har imidlertid vært enkelte uttalelser som tyder på at pakkeforløp for muskelskjelett blir slått sammen med pakkeforløp for smerte, men foreløpig er det ingen klar offentlig informasjon rundt dette, og ekspertgruppen nedsatt av Helsedirektoratet har heller ikke publisert et ferdigstilt arbeid.

### **Pakkeforløp på muskelskjelett i andre land**

Det er etter hvert tydeligere pasientforløp for muskelskjelettpasienter på enkelte områder, men dersom man setter målsetningene knyttet til pakkeforløp som et krav, er det i manglende grad pakkeforløp med offentlig tilknytning på muskelskjelettfeltet internasjonalt. I Norge er det initiativet AktivA som kommer nærmest kvalifikasjon som et pakkeforløp på muskelskjelett, men programmet fokuserer først og fremst på implementering av internasjonale retningslinjer for artrosepasienter (68).



Danmark, som er et foregangslang på pakkeforløp og der Norge har hentet mye inspirasjon fra pakkeforløpene på kreft-feltet (1), har tre forskjellige pakkeforløp på muskelskjelett: Pakkeforløp for lumbalt skiveprolaps med nerverotspåvirkning, pakkeforløp for cervikalt skiveprolaps med nerverotspåvirkning og lumbal spinal stenose (69). Alle de tre pakkeforløpene er basert på kliniske retningslinjer, men håndteres først og fremst i primærhelsetjenesten, med videre henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov.

### **3 METODE**

I dette kapittelet vil jeg gjennomgå oppgavens metodiske bakgrunn, og hvilke valg som er gjort for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål på en mest mulig hensiktsmessig måte. Først vil valg av studiedesign og forskningsmetode gjøres rede for, og rekruttering og utvalg begrunnes, før forskerprosessen jeg har gjennomgått vil bli beskrevet, inkludert bearbeidelse og analyse av datainnsamlingen. Avslutningsvis vil jeg vurdere prosjektets kvalitet og begrensninger, inkludert en vurdering av svakheter og styrker ved studien, samt belyse min egen rolle som forsker. Valgene jeg har tatt underveis vil begrunnes og reflekteres over.

#### **3.1 Studiedesign og forskningsmetode**

Det valgte studiedesignet er kvalitativ metode, som er valgt fordi oppgavens formål er å innhente informasjon om deltakernes tanker og vurderinger knyttet til pakkeforløpene ved bruk av individuelle intervjuer. Kvalitativ forskning søker å beskrive, analysere og fortolke egenskaper eller kvaliteter ved forskningsobjektet (70, 71) og baserer seg på tekst (71). Jeg oppfatter at metoden dermed egner seg godt for å belyse og finne svar på problemstilling og forskningsspørsmål.

#### **3.2 Rekruttering og utvalg**

For å skape en best mulig oversikt over bakgrunnen for tiltaket pakkeforløp og utfordringer med utarbeidelse av pakkeforløp besluttet jeg å intervjuer det som kan oppfattes som tre nivåer av helsetjenesten; oppdragsgiver, oppdragsmottaker og sluttbruker i form av profesjonsforeninger. Rekrutteringsprosessen viste seg imidlertid å være langt mer utfordrende enn antatt. Helse- og omsorgsdepartementet, som oppdragsgiver, ga beskjed om at de ikke stiller opp på intervjuer. Etter initial kontakt med Helsedirektoratet i mai 2021, ble det i september 2021 besluttet at heller ikke de hadde anledning til å stille opp på intervjuer. For å opprettholde ulike inngangspunkter til pakkeforløp på muskelskjelett, og et nyansert bilde, ble pasientforeninger med tilknytning til muskelskjelettfeltet forespurt om deltakelse som de endelige sluttbrukerne av den nye tjenesten. Et samlet utvalg ble nivådelt som følger, der det kun er én deltaker fra hver forening, men flere innen samme del av tjenesten;

- Primærhelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten

- Pasientforening

Endringen til å inkludere pasientforeninger ble sendt til NSD, basert på deres melderegler om endring av utvalg (72), med påfølgende aksept for endring.

Utvalget i studien er å karakterisere som et formålstjenlig eller strategisk utvalg (71). Informantene i studien er valgt ut på bakgrunn av tilknytning og virke innen muskelskjelettfeltet og en viss kjennskap til pakkeforløpet på muskelskjelett, med mål om å oppnå variasjon i forståelsesbakgrunn, synspunkter og perspektiver som gir bredde i datagrunnlaget.

### **3.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervjuer**

Jeg valgte å benytte individuelle intervjuer for å gi informantene anledning til å tenke gjennom og hente frem erfaringer og overveielser (71). Individuelle intervjuer gir anledning til tilpasning av spørsmål og oppfølgingsspørsmål, for å få frem mest mulig informasjon knyttet til informantenes erfaringer og refleksjoner rundt emnet.

#### **3.3.1 Intervjuguides**

For å kunne konkretisere hvilke temaer det er behov for informasjon på, ble det utarbeidet intervjuguides, som er grunnprinsippet i semistrukturerte intervjuer (71). Intervjuguides ble først utarbeidet med tre tydelig forskjellige vinklinger, avhengig av arbeidssted/nivå i helsetjenesten. I forkant av innsending av guides for NSD-godkjenning ble det imidlertid besluttet at disse burde være så likelydende som mulig for sammenligning av resultatene. Noe tilpasning av spørsmål basert på arbeidssted var nødvendig for å sikre at spørsmålene var mest mulig relevante for arbeidsfelt og perspektivet til informantene. Intervjuguides ble vedlagt søknaden til NSD.

#### **3.3.2 Deltakelse og samtykke**

Bruken av intervju og type data innsamlet i forbindelse med dette, som ytringer, meninger og personlige tanker, setter strenge krav til behovet for et tydelig informert samtykke (71). Kontakt mot pasient- og profesjonsforeninger gikk via e-post til leder, der leder ble forespurt

om deltakelse, eller kunne anbefale en annen representant i foreningen basert på kunnskap om pakkeforløp. Kontakt inn mot Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet gikk via ansvarlig for spesialisthelsetjenesten. Ved initial kontakt med potensielle informanter per e-post ble det NSD-godkjente informasjonsarket som inkluderte samtykke-erklæring vedlagt (Vedlegg 1), slik at deltakerne fikk tilstrekkelig kunnskap om prosjektet til å avgjøre hvorvidt de ønsket å delta eller ikke (71). Skrivet inkluderte blant annet informasjon om studien, informasjon om deltakelse, håndtering av datamateriale, at deltakelse er frivillig og at samtykket kan trekkes tilbake uten negative følger for informanten.

Ettersom antall informanter er begrenset er det en viss risiko for gjenkjennelse. For å redusere denne risikoen ble blant annet sitater omskrevet i bokmålsform og informantene ble kontaktet i forbindelse med dataanalysen der samtlige ga samtykke til bruk av gitte sitater. I tillegg gjorde jeg også en egen vurdering av mulighet for gjenkjennelse i sitater. Ved ferdigstilling av oppgaven besluttet jeg å endre beskrivelse av informantene fra profesjonsforening/pasientforening til å kun omtale nummerert informant. Dette ble gjort for å sikre anonymitet i et utvalg med lavt antall deltakere i hver gruppering.

Av respondentene forespurt fra profesjonsforeningene var det én forening som valgte å ikke delta, og én som ikke svarte på gjentatte henvendelser. Det ble avtalt tid og dato med informantene ved positivt svar og innsendt samtykke, og det ble videre sendt ut møteinvitasjon til digitalt møte på zoom eller teams etter deltakerens preferanser.

### **3.3.3 Gjennomføring av intervjuer**

Det ble gjennomført to pilotintervjuer i mai 2021. Begge representantene var fra profesjonsforeninger. Pilotintervjuene ble ikke transkribert, men både gjennomføring av intervju med fortløpende notater og flere gjennomganger av opptakene førte til enkelte endringer i intervjuguidene, blant annet i rekkefølge på spørsmål og noe endring av selve spørsmålene. Enkelte av spørsmålene, særlig samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, var for spesifikke og ble gjentakende, og det ble oppfattet at en mer åpen spørsmålstilling var mer hensiktsmessig.

Ved oppstart av intervjuene ble deltakerne informert om hvordan opptakene skulle tas opp, det ble spurt om de hadde noen spørsmål til studien, og de ble forespurt fortsatt samtykke til

gjennomføring. Informantene ble også informert om at de også videre ville ha mulighet til å trekke samtykke. Etter intervjuet var gjennomført ble deltakerne informert om at de ville få anledning til å se igjennom direkte sitater som vil bli benyttet i studien og godkjenne bruk av disse.

Intervjuene ble tatt opp ved eksternt lydopptak ved bruk av to diktafoner. Den ene diktafonen var kun for sikkerhet knyttet til opptaket, og opptaket ble umiddelbart slettet etter kontroll av kvalitet på det primære opptaket. Lydfilen ble så overført til passord-beskyttet PC, og fikk filnavn basert på kodingsnøkkel. Etter vellykket overføring til passord-beskyttet PC ble også innspillingen på den andre diktafonen slettet.

### **3.3.4 Datametning**

Antall aktuelle formålstjenlige informanter og utfordringene knyttet til rekruttering, samt tidsperspektivet på endelig avklaring på deltakelse, har ført til at antall informanter ikke ble relatert til metningsoppnåelse. Dette er en potensiell feilkilde i studien, der ytterligere innhentet informasjon fra flere informanter kunne ha endret sammensetningen i analysen.

Det er seks informanter i studien, som er et lavere antall informanter enn det vanligvis anbefales i tradisjonell kvalitativ forskning med intervju (71). Det er imidlertid enkelte faktorer som til dels veker opp for dette, blant annet at enkelte av deltakerne hadde vært direkte involvert i utarbeidelsen av pakkeforløpene, og at oppgaven har tydelig teoretisk forankring. Disse faktorene kan bidra til høy informasjonsstyrke i et lite utvalg, og et lavt antall informanter oppfattes derfor ikke nødvendigvis som hinder for kvalitet (71).

### **3.3.5 Datahåndteringsplan**

Studien ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble vurdert til å være i samsvar med personvernlovgivningen basert på innsendt datahåndteringsplan.

## **3.4 Bearbeiding og analyse av data**

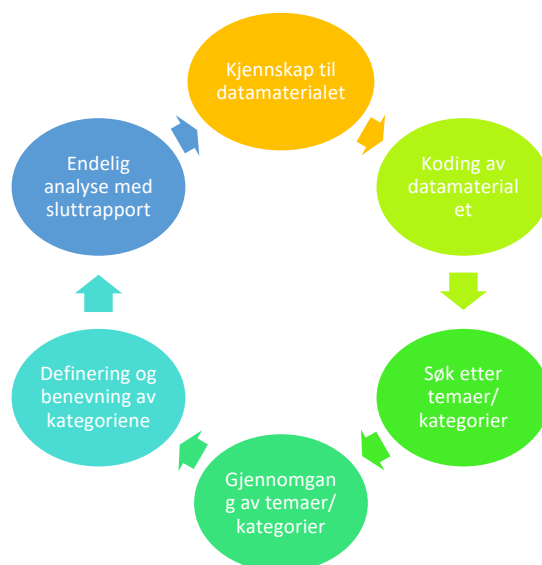
### 3.4.1 Transkripsjon

Lydfilene ble transkribert av studenten selv via programmet «F4 transcript», som er tilgjengelig via VMware Horizon Client; en app-løsning tilbudt studenter ved Universitet i Oslo. Transkriberingen av intervjuene foregikk fortløpende etter hvert enkelt intervju. Selve transkriberingen var naturlig nok tidkrevende, men ved å ha anledning til avspilling ved lavere hastighet fungerte det godt. Ved å selv transkribere all data fikk jeg god kjennskap til materialet, så jeg oppfattet dette som relevant tidsbruk. Datafilen med transkriberingen ble ikke lagret i programmet, men kopiert ut til et eget Word dokument, med filnavn basert på kodingsnøkkel. Lagring av dokumentet var på passord-beskyttet PC, og opptak av intervjuene ble slettet etter transkribering.

### 3.4.2 Tematisk analyse

Til dataanalysen benyttet jeg tematisk analyse da metoden ofte er anbefalt for nybegynnere innen kvalitativ forskning (73). Valget av analyse ble begrunnet i målet om å identifisere, analysere og rapportere temaer og subtemaer innen datasett (73, 74), og fange opp både åpenbare og underliggende betydninger i datamaterialet (73).

Den tematiske analysen består av seks steg, eller faser (74), som er gjengitt i modellen under:  
Figur 1: De seks stegene i tematisk analyse basert på Braun and Clarke (74).



Det første steget i prosessen er kjennskap til datamaterialet. Her opplevde jeg at jeg hadde en relativt god oversikt selv før prosessen ble igangsatt da jeg selv hadde både gjennomført

intervjuene og transkribert intervjuene i sin helhet. I den videre kodingen av materialet fant jeg ord og ordsammensetninger som beskrev deltakernes innspill på en god måte. Det neste steget var å søke etter temaer/kategorier som er overordnet for kodene. Her opplevde jeg flere utfordringer, blant annet at enkelte av kodene ikke helt passet inn under kategoriene. I tillegg opplevde jeg det som utfordrende å ikke lene seg på intervjuguidene, både under koding og overordnede kategorier. Jeg måtte gå flere runder for å finne de riktige overordnede temaene, og en hensiktsmessig benevnelse av disse. Utarbeidelsen av analysen med sluttrapport, det siste steget i prosessen, var utfordrende hovedsakelig i forhold til mengde data, og behovet for å kutte ned antall sitater og innspill fra informantene.

### **3.5 Kvalitet og begrensninger i studien**

#### **3.5.1 Begrensninger i studien**

Det jeg oppfatter som den største begrensningen i studien er antall informanter. Selv om samtlige informanter vil ha forskjellige innfallsvinkler, og har hatt forskjellig grad av involvering i pakkeforløpene, så ville et bredere utvalg kunne gitt ytterligere nyansering av funn. Tilsvarende ble heller ikke antall informanter basert på metningsoppnåelse. Dette setter en begrensning på hvordan resultatene i studien kan vektlegges, men jeg oppfatter at studien likevel belyser elementer og meninger som er svært relevante.

Utvalget i studien er karakterisert som et formålstjenlig utvalg, og er plukket ut nettopp basert på gitte kriterier. Dette vil forhåpentligvis bidra til at informasjonen innhentet er relevant for feltet og studien, men vil samtidig begrense synspunkter utenfra. En annen betydelig faktor knyttet til utvalget er at representantene ble kontaktet på bakgrunn av sin stilling og tilknytning til pakkeforløpet på muskelskjelett, men skulle svare på spørsmålene med egne synspunkter og vurderinger. Dette ble tydelig informert om i e-post dialog og ved begynnelsen av intervjuet, men kan likevel ha begrenset enkelte deltakere i formidling av sine synspunkter, da de oppfattet at de måtte innta en rolle på vegne av fagmiljøet eller foreningen.

En av hovedutfordringene i intervjuene som var tydelig helt fra pilotene, var min begrensede kunnskap om selve pakkeforløpet på muskelskjelett. Det er lite offentlig tilgjengelig informasjon som har kommet ut i etterkant av oppdragsdokumentet i 2018. Diverse kilder ble benyttet for å hente inn foreløpige signaler, inkludert spørsmål fra Stortinget og blogginnlegg

og pressemeldinger fra enkelte regjeringspartier. En stor del av informasjonen knyttet til selve pakkeforløpet på muskelskjelett vil med andre ord ha varierte kildehenvisninger, og i stor grad være basert på uttalelser fra personer og grupper, uten at det kan garanteres for offentlig forankring. Enkelte av informantene var tilknyttet ekspertgrupper og utredninger, og hadde betydelig mer oppdatert kunnskap enn meg omkring hva som var gjeldende status og vurderinger så langt. Dette vil være en naturlig risiko når et prosjekt fortsatt er i utredningsfasen. Jeg oppfattet ikke at dette hadde en negativ effekt på min rolle, da dette åpnet for at jeg kunne stille åpne og uhildede spørsmål. Imidlertid kan samspillet mellom informantene og meg ha blitt påvirket, som igjen kan ha betydning for tolkning og funn (70).

Studien er basert på en induktiv tilnærming, og har ikke et teoretisk rammeverk i grunn som funnene av undersøkelsen settes inn i. Dette var en overveid avgjørelse, da det er såpass lite informasjon kjent i forkant, at et konkret teoretisk rammeverk var utfordrende grunnet stor usikkerhet rundt det endelige produktet, og hvilke vurderinger som er gjeldene. For at informasjonen innhentet skal ha så god verdi som mulig, er det gjennomført en systematisk analyse av datamaterialet for å identifisere hva som kan styrke overførbarheten av funnene. Malterud (71) peker imidlertid til at det er nærmest umulig å være upåvirket av teori, og ved at mye av bakgrunnen i oppgaven var skissert før gjennomføring av intervjuene, er det sannsynlig at kodingen bar preg av kjennskap til teoretiske vurderinger og slik farget analysen.

Enkelte begrensninger er også diskutert i metoden fortløpende, og vurdering av min rolle som forsker vil videre diskutere og implisere mulige begrensninger i studien.

### **3.5.2 Egen rolle som forsker**

I sin gjennomgang av forskeren som en fortolker, viser Malterud til at «Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan» (71) (s. 41). Man kommer med andre ord ikke vekk fra at jeg selv har påvirket prosessen, til tross for at jeg, i den grad det har latt seg gjøre, har gjort aktive vurderinger knyttet til egen rolle og forsøkt å begrense uønsket påvirkning. Det er sannsynlig at min manglende erfaring med kvalitativ forskning har påvirket datainnsamlingen, og påfølgende har påvirket kvaliteten på materialet.



I min egen rolle som forsker har det å se med et nøytralt blikk på pasientgruppen muskelskjelett naturlig nok vært utfordrende. Jeg oppfatter ikke selv at jeg har noen sterke formeninger om hvorvidt pakkeforløp er positivt eller negativt for gruppen, men jeg har en sterk formening om at det må gjøres mer, og tenkes nytt, for denne pasientgruppen, som sikkert kan farge både vektlegging av informasjon og gjennomføring av intervjuer.

Jeg har ingen tidligere erfaring med gjennomføring av kvalitativ forskning, og utarbeidelse av intervjuguider og gjennomføring av datainnsamling har derfor måttet baseres på aktuell litteratur, fortløpende erfaringer og råd fra veileder. En av de største utfordringene med intervjuguiden og påfølgende i selve intervjuene var å vinkle spørsmålene så nøytralt som mulig, og unngå å legge føringer eller vinklinger på intervjuobjektene. Også oppfølgingsspørsmålene var tidvis utfordrende, da spørsmål knyttet til ytterligere konkretisering tidvis la føringer på hvordan jeg oppfattet tidligere utsagn. Det innebar en bratt læringskurve, og jeg opplevde heldigvis at dette ble lettere underveis i intervjuprosessen. Til tross for at intervjusituasjonen ikke skal standardiseres i kvalitativ forskning (71), lente jeg meg nok i stor grad på spørsmålene i intervjuguiden, som kan ha gjort at jeg gikk glipp av viktige poenger eller andre vinklinger som var mer relevante. Informantene i pilotstudien ble forespurt avslutningsvis hvordan de oppfattet spørsmålene, og begge intervjuobjekter oppfattet spørsmålene som nøytrale og uten føringer.

At intervjuene ble gjennomført digitalt oppfattet jeg at fungerte godt, men det er selvfølgelig vanskelig å si hvorvidt en fysisk intervjusituasjon hadde gitt et annet resultat. Det er mulig at man mister noen nyanseringer ved å ikke sitte i samme rom, og kanskje man også kan oppnå enda friere prat ved fysiske intervjuer. Det jeg imidlertid la merke til, og som jeg var bevist på etter pilotintervjuene, var at da det ofte kan være litt forsinkelser på linjen, og mer utfordrende å lese signaler på hvorvidt deltakeren anså spørsmålet som besvart eller ikke, så kunne deltakerne ofte ha mer å si på det tidspunktet jeg stilte neste spørsmål. Dette førte til at jeg under intervjuene var bevist på å vente ut om det kom ytterligere informasjon, i stedet for at jeg umiddelbart stilte oppfølgingsspørsmål eller nye spørsmål.

Hele arbeidet med oppgaven har vært støttet av notater i form av en prosjektlogg, der jeg underveis i arbeidet har notert ned utfordringer, tanker og vurderinger knyttet til både egen rolle, begrensninger og kvaliteter ved studien. Dette opplever jeg at har vært svært nyttig, og har i stor grad bidratt til at jeg har kunnet se prosessen litt utenfra i etterkant, når jeg med

jevne mellomrom har gått tilbake til notatene for å se hvilke vurdering, utfordringer og tanker som har vært gjeldende på forskjellige stadier i prosessen. At prosessen har vært ledsaget av fortløpende notater føler jeg også har bidratt til økt bevissthet rundt egen rolle.

### **3.5.3 Relevans**

Hvorvidt en studie har relevans eller ikke er en viktig faktor både på bakgrunn av gyldighet og validitet (71). For at studien skal ha relevans må den den vitenskapelige kunnskapen vi skaper kunne brukes til noe nyttig eller viktig. Med andre ord bør forskningen rettes mot å tette kunnskapshull, heller enn å duplisere tidligere forskning. Mine søk viser at det er svært lite som er utarbeidet tidligere på pakkeforløp på muskelskjelett, og ettersom det foreløpig ikke er innført nasjonalt, er det manglende forskning på dette i Norge.

Det er mulig at det endelige sluttresultatet for pakkeforløp på muskelskjelett tar en form som gjør denne studien lite relevant. Samtidig vil jeg hevde at endringene som har tilkommet i løpet av det siste året jeg har arbeidet med prosjektet viser til kompleksiteten knyttet til pakkeforløp på muskelskjelett. Kompleksiteten er observert både i manglende tydelighet i informasjon, hvorav en stor del av informasjonen publisert er i bruddstykker og uten klare føringer på hva eller hvorfor ting er endret, og i informantenes synspunkter. Jeg mener dette er med på å gi studien relevans opp mot eventuelle videre vurderinger senere av et endelig utformet pakkeforløp.

### **3.5.4 Validitet**

Validitet knytter seg til vurdering om kunnskapens gyldighet, og om metoden som er valgt for å belyse problemstillingen representerer en logisk vei til ny kunnskap (71). Den interne validiteten berører temaer knyttet til hvorvidt metoder, begreper og referanserammer er egnet til å gi svar på de spørsmålene som er stilt (71). Bakgrunnen i studien fokuserer på utvikling og innføring av pakkeforløp i Norge, hvilke endringer i samfunnet og de helsepolitiske bildet som har bidratt til utviklingen, og sykdomsbyrden knyttet til muskelskjelett. Intervjuene retter seg mot aktørenes vurdering av disse spørsmålene, og deltakere er valgt ut blant foreningsrepresentanter som er tilknyttet muskelskjelettfeltet i spesialist-, primærhelsetjenesten og pasientforeninger. Jeg opplever at deltakernes synspunkter i stor grad er sammenfallende med bakgrunnsinformasjon som er diskutert.

Den eksterne validiteten er knyttet til overførbarhet, og om funnene i studien er gjeldende utover konteksten de har blitt kartlagt i (71). Generelt er kvalitative studier i mindre grad overførbare til populasjoner enn ved eksempelvis studier av epidemiologisk design (71). Overførbarheten i dette studiet vil være begrenset basert på et spesifisert formålstjenlig utvalg, men jeg oppfatter likevel at den innehar enkelte områder hvor overførbarhet kan være gjeldene, og gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger: Aktørene samlet peker til en «call to action» på muskelskjelettfeltet, som er gjeldende i fagmiljøer internasjonalt, og slik styrker generaliserbarheten på dette området.

## 4 ANALYSE

Dette kapittelet vil presentere resultatene og den påfølgende sammenstillingen av den tematiske analysen. Kapittelet er delt opp i fem hovedtemaer/områder basert på analysen; «Bredde i feltet», «Muskelskjelettpasienten», «Helsepersonellens rolle», «Samfunnsøkonomi» og «Forskning/kunnskapsutvikling».

### 4.1 Bredde i feltet

Muskelskjelettplager er, som diskutert tidligere, utbredt i befolkningen og en ledende årsak til arbeidsfravær og utenforskap (10, 39). Kompleksiteten i lidelsene, og antall som rammes årlig, vektlegges i stor grad av informantene. Én informant mener at det nettopp er kompleksiteten og størrelsen på gruppen som utgjør utfordringen knyttet til pakkeforløp på muskelskjelettfeltet:

*«Det jeg vil tippe at er den største utfordringen det er jo det at det er så utrolig stor pasientgruppe. Det er jo tjue prosent av befolkningen til enhver tid som har vondt i muskel- og skjelettsystemet.» Informant #2*

En annen informant mener at størrelsen på feltet vanskeliggjør tydelige tiltak for gruppen samlet: *«Det er ikke et begrenset felt, det er stort felt, det er omfattende og det er mange forskjellige situasjoner, og derav er det heller ikke noen retningslinje som er bred nok eller god nok til å favne feltet.» Informant #5*

#### 4.1.1 Kompleksitet

Å identifisere årsaken til plagene blir av samtlige informanter pekt på som krevende, på bakgrunn av kompleksitet og hvordan man skal avgrense. Det blir også tydelig formidlet manglende kunnskap omkring årsakene til smerter. Informantene illustrerer dette med beskrivelse av variasjon fra ukompliserte rygg smerter som går over av seg selv i løpet av kort tid, til funksjonsnedsettende plager som påvirker flere aspekter og kan gi redusert livskvalitet. Behovet for å unngå overbehandling og overforbruk av helsetjenester hos pasienter som kan bli bedre av seg selv eller som bedres ved enkle tiltak løftes også, med mål om å unngå sykeliggjøring av en stor pasientgruppe.

Flere av informantene peker på et bredt årsaks-bilde som også involverer det psykososiale:  
*«Det er så mange årsaker til at man har vondt i den ryggen. For muskelskjelettpasienten får du vondt i sjela, og er du deprimert får du vondt i ryggen, litt flåsete sagt.»* Informant #1

*«Det er et hjertesukk, og det ser ikke ut som om noen tar dette her, de snakker om psykisk helse på sitt felt, og fysisk helse på sitt felt, og det går ikke. Så skal vi spare ressurser så må vi se dette her tydelig snart. Det gjøres ikke forskning på det i stor nok grad, og det gjøres heller ikke tiltak på det innen helsetjenesten. Og da står vi fortsatt og vifter i vinden.»* Informant #5

*«Det står at det er et pakkeforløp for smertetilstander i muskelskjelett, men du kan jo ikke avgrense på denne måten, det er kombinasjoner.»* Informant #6

Informantene mener at kompleksiteten i feltet er så sammensatt at også behandlingsmodaliteter må tilpasses individuelt, og at det vil være store forskjeller på hva som hjelper på den enkelte. Flere peker også på at dette gir variasjoner i hvor, og om, de får hjelp.

Én informant mener at kompleksiteten er et logisk utgangspunkt for pakkeforløp:  
*«Det er for det første sånn sett litt logisk at vi tar utgangspunkt i uklare årsaker, for et av dilemmaene innenfor muskel og skjelett er jo at det er veldig, veldig, mange som ikke får en diagnose. Man vet ikke hva årsaken er. Også for rygg sin del så kan det vel være opp imot 80 prosent av de ryggglidelsene som man vet finnes som ikke har en klar diagnose.»* Informant #4

#### **4.1.2 Forskjellen fra andre pakkeforløp**

Pakkeforløp har gradvis blitt innført i helsetjenesten fra 2015 (1). Flere av informantene anerkjenner store variasjoner mellom pakkeforløp på kreft-feltet og muskelskjelettfeltet. Informantene fokuserer på at kreftområdet i langt større grad er definert, både i form av utredning og alternative behandlingsmodaliteter, som gjør det lettere å definere et klart løp.

*«Men på kreft så har du mye klarere definerte diagnoser og du har mye klarere definerte behandlingsmuligheter. Og du vet hva de behandlingsmulighetene er.»* Informant #4

*«Når de gjorde dette innenfor kreft, så var det jo for å få de raskt igjennom i diagnostisering for å kunne spisse behandlingen mer. Og komme raskere i gang og få, ikke sant, hele den pakken der. Hvis du skal lage sånt pakkeforløp med en med vond rygg, for å ta det som et eksempel, hva slags standardisert pakke skal du ha der? Til at du nå har kloke valg kampanjen: hvor mange skal du kjøre gjennom MR, CT, hvor mange sånne standardpakker skal man da ha hvis du kommer med kronisk lumbago på diagnosekortet ditt?» Informant #1*

Flere informanter peker også på at det er et helt annet forskningsfelt og kunnskapsutvikling som ligger til grunn for pakkeforløpene på kreft, og som i manglende grad har vært tilfellet på muskelskjelettfeltet.

*«Det ligger jo et arbeid i forkant som gjør at man har falt ned på hva som er behandlingssystemet for de forskjellige krefttypene, og det bygges jo selvfølgelig på kunnskap. Det er stor forskningsaktivitet i mange år i forkant, som ligger til grunn for å kunne vise hva som fungerer på best mulig måte for de forskjellige krefttypene. Kunnskapsnivået er på et helt annet sted.» Informant #5*

#### **4.1.3 Hvordan standardisere kompleksitet?**

Informantenes innspill rundt kompleksiteten i muskelskjelettfeltet ble belyst videre i utfordringen knyttet til en eventuell standardisering inn i et pakkeforløp. Flere av informantene uttrykker usikkerhet om gjennomførbarheten i et standardisert opplegg for pasientgruppen, og hvordan man skal kunne lene seg på kunnskapsnivå og diagnostikk som i beste fall er manglende. Dette begrunnes med manglende konsensus i fagmiljøene på beste tilnærming til pasientgruppen, og også manglende konsensus på når og hvilke tiltak som bør igangsettes. Én av informantene påpeker at diagnosesystemene på muskelskjelettfeltet i primærhelsetjenesten i manglende grad er spesifikke, men heller sekkediagnoser.

*«Så det er så enormt stort spekter på hvorfor det er vondt. Og da er det jo også så vanskelig å lage en standardisert pakke for disse pasientene.» Informant #1*

#### 4.1.4 Definisjonsmessige avgrensninger

Den offentlige informasjonen knyttet til hvilke pasienter som skal inkluderes inn i et ferdig pakkeforløp har vært vanskelig å få et klart innblikk i, og er heller ikke ferdig utarbeidet. Foreløpige signaler peker til at det kan bli slått sammen med pakkeforløp for smerte, og bli et pakkeforløp for uavklarte smertetilstander i muskelskjelettsystemet.

*«Men en utfordring er jo den definisjonen de lager for det. Fordi den avgrenser og er uklar. Og det har de vel kanskje innsett, de har nedsatt en ekspertgruppe som jobber med det her, og i det arbeidet så har de jo omdefinert hva de skal jobbe med, de har tatt bort dette med uklar årsak også har de nå sagt at det skal være et pakkeforløp med langvarige og sammensatt smertetilstand. Og så er spørsmålet; er det en realitetsendring i forhold til hva er det de får ut av det?»* Informant #4

*«Definisjonsmessige avgrensninger, helt klart vanskelig, hvem skal inn og hvem skal ut. Grunnen til at det er så vanskelig er at det er så mange og at det er ikke rom i herberget»*  
Informant #6

Flere av informantene viser til usikkerhet knyttet til avgrensning i forhold til inkludering i et pakkeforløp, både «krav» for å bli inkludert i et pakkeforløp, tilgjengelighet av smerteklinikker og hvorvidt det vil bli nødvendig å begrense pakkeforløpet til kun utredning, eller også behandlingstiltak.

*«Så det er jo tynt. Og inn i dette skal du kaste den største gruppen overhodet, nemlig pasienter med kroniske smertetilstander med utgangspunkt muskelskjelettapparatet»*  
Informant #6

#### 4.1.5 Diagnosespesifikke løp

Beskjeden som ble gitt fra Helseminister Bent Høie etter spørsmål fra Stortingsrepresentant Torleif Mørland var at pakkeforløpene først og fremst var tenkt for de med uavklarte lidelser (14). Informantene er splittet i hvorvidt de tenker at diagnosespesifikke løp kan være et alternativ på muskelskjelettfeltet i Norge.

*«Jeg tenker at hvis du kjører det veldig diagnosespesifikke da vil du jo ikke ha den utfordringen jeg nevnte i sted, hvor det gjelder 1/5 av befolkningen.» Informant #2*

Flere informanter peker imidlertid på at det da er utvalgte gruppe som får hjelp, og at dette kan gå ut over de gruppene som faller utenfor pakkeforløpet, med en påfølgende potensiell bieffekt der de som faller utenfor kan få et dårligere tilbud.

*«Hva er det som gjør at én muskel- og skjelettgruppe fortjener et pakkeforløp og ikke en annen?» Informant # 2*

En informant er også bekymret for diagnosespesifikke løp i forhold til tidshorisonten, og mener at dersom pasienten har behov for en diagnose før de blir sendt videre i systemet blir dette tidsøkende, og ikke besparende. En annen informant mener at det må igangsettes tiltak der utfordringen er:

*«Hvis du skal ha et pakkeforløp for eksempel for spinal stenose med kompresjon av medulla så vil jo det være veldig konkret og gjelde veldig få. Men jeg tror jo ikke egentlig at det er der skoen trykker i dag. De får jo et adekvat tilbud hos nevrokirurger den dag i dag.» Informant #2*

Flere informanter uttaler at til tross for at det kan gå ut over enkelte grupper om man gjennomfører et pakkeforløp basert på diagnose så vil det i større grad være håndterbart:

*«Ja, det er jo litt det jeg også har tenkt, at isteden for å gå så bredt ut, og havne ut i noe som du ikke helt klarer å håndtere, at man heller kunne begynt i en ende på spesifikke diagnoser.» Informant #4*

Økt kunnskap vises til som et tydelig behov blant flere, og at diagnosespesifikke løp kan være en god måte å oppnå kunnskap på som kan være overførbar til andre diagnoser:

*«Jeg mener at det hadde vært mye bedre å starte med noen diagnosespesifikke, for så å utvikle det etter hvert som kunnskapen både i gjennomføringen kommer, og i lærdom av ting på veien» Informant #5*

Informantene påpeker enkelte faktorer som bør være gjeldende dersom diagnosespesifikke løp skal være aktuelt, blant annet hvorvidt det er identifisert variasjon i tilbudet, lang ventetid,



vitenskapelig dokumentasjon på at tiltak i høy grad vil påvirke prognosen eller nedgang i frekvens på mer invasive tiltak.

## 4.2 Muskelskjelettpasienten

Samtlige informanter vektlegger behovet for at muskelskjelettsmerter settes høyere på den politiske agendaen, og oppfatter pakkeforløp som et tiltak for å gjøre nettopp dette. Flere uttaler at det må tas samlet ansvar for muskelskjelettgruppen, både for å redusere den enkeltes lidelse og påfølgende reduserte livskvalitet, og for å redusere den samfunnsøkonomiske byrden knyttet til plagene.

*«Grunnen til at jeg er positiv til pakkeforløpet er jo at du setter fokus på denne gruppen. Og den manglende systematikken som har vært. Og prøver på en måte å gi det et slags skjelettstruktur og retning som gir mening, men det kunne vært gjort på andre måter enn å lage pakkeforløp. Jeg sier ikke at det er pakkeforløp som er løsningen, men nå er det det den sittende regjeringen valgte. Og et hvert fokus og samhandlingsforbedring tenker jeg kan være positivt. Og i mangel av noe bedre, ja, takk.» Informant #6*

Enkelte av informantene viser også til at det har kommet et økende fokus på pasientgruppen etter at muskelskjelett ble definert som et folkehelseproblem, og med inklusjon i NSD-strategien. Dette beskriver en informant som en annerkjennelse av at dette er område de må iverksette tiltak på, og som noe tydelig positivt. En annen informant beskriver at bevisstgjøring rundt opprettelse av pakkeforløp uansett vil kunne avleire kunnskap og trigge interessen, og som et grep som kan resultere i økt oppmerksomhet i alle ledd.

### 4.2.1 Noe må gjøres

Informantene samlet omtaler i stor grad pakkeforløp som et svar på behovet for tiltak for å håndtere den økende byrden muskelskjelettpasienter representerer, både samfunnsøkonomisk og for den enkelte pasient. Det er imidlertid blant flere av informantene usikkerhet knyttet til de helsepolitiske målsetningene for pakkeforløpsløsningen, og flere peker på tiltaket pakkeforløp som et svar på at noe måtte gjøres. En informant mener at det i manglende grad er definert hva målet konkret med pakkeforløpsløsningen på muskelskjelettfeltet er, og at ambisjonen i hovedsak viser til at det var en gruppe med behov for tiltak.

*«Du sitter igjen med en sånn følelse for å sette det på spissen, om at det er en politisk avmaktsfølelse som ligger bak, og en følelse av at "nå må vi gjøre noe, nå må vi vise handlekraft», og så gjør de det med pakkeforløp, og så kan det hende at det i verste fall er et blindspor. Men det vet vi ikke enda, det er jo et så tidlig stadium»\_Informant #4*

En informant beskriver tvetydighet rundt hva som skal oppnås, og egen usikkerhet knyttet til målsetningene:

*«Hva er målsetningen med det? Rett og slett, for er det bare for å holde gruppen med godt snakk?» «Hva er det egentlig man vil? Jeg synes at politiske signaler på det feltet ikke er helt... Jeg synes de er tvetydige.» Informant #3*

Flere informanter oppfatter at pakkeforløp på muskelskjelett ble foreslått som et tiltak basert på erfaring og opplevd suksess i andre sammenhenger, mens andre informanter tenker at beslutningen om at pakkeforløpet ble det aktuelle tiltaket var mer tilfeldig.

*«Jeg har ikke sett at de har klart å definere offisielt heller, annet enn at de ønsker å satse på muskelskjelett og bruker da muskelskjelett pakkeforløp som en mulighet for å gjøre noe der» Informant #5*

#### **4.2.2 Behovet for en diagnose («nøkkelen»)**

Behovet for en diagnose og avklaring er det flere av informantene som påpeker som en nødvendighet for pasienten. Enkelte av informantene knytter dette tett opp mot den enkeltes psyke og behovet for å bli tatt på alvor.

*«Så jeg vil si nøkkelen til et godt liv i helsevesenet er at man får en diagnose. Så der er det igjen de uavklarte som blir stående på trappa.» Informant #3*

Én informant beskriver behovet for diagnostisering som et tiltak for å unngå at pasienten blir en «kasteball» i systemet:

*«Fordi at det er et problem at ved kronifisering av smertetilstander av diverse årsaker så baller det på seg og ting løper inn i hverandre og man går fra spesialist til spesialist i et*

*endelig løp for å finne et eller annet fokus som kan mekanisk eller farmakologisk behandles og så er man jo bra. Det kan jo tidvis gå in absurdum, så det er jo også mange av disse pasientene som ikke har en avklart diagnose, de har bare store smerter, og man finner ikke en organisk årsak til det.» Informant #6*

Det påpekes av flere av informantene at enkelte diagnoser innen feltet vil føre til utredning med konkrete diagnoser, men at en utfordring generelt med utredning er at det tar for lang tid. Én informant mener at en diagnose kan være et tiltak for å redusere unødvendig og feil behandling.

#### **4.2.3 Likeverdige tjenester – geografiske forskjeller**

Flere av informantene beskriver at variasjonen i behandlingstilbudet knyttet til muskelskjelett varierer, både geografisk og i forhold til hva hver enkelt pasient får tilbud om. Én av informantene peker på dette som en utfordring for pakkeforløpet, mens øvrige deltakere ser på pakkeforløpet som en mulighet til å standardisere tilbudet og å unngå uønsket variasjon:

*«Så det vil jo være en fordel i prosessen, at det blir mer likeverdig.» Informant #2*

#### **4.2.4 Forventningsavklaring**

Informantene mener i stor grad at et standardisert forløp vil kunne gi pasienten en tydelighet gjennom utredningsforløpet som kan gi forutsigbarhet og trygghet. En annen faktor som tas opp gjentatt i tilknytning til dette er også en forventningsavklaring. Én informant peker på pasientens ønske om en «quick fix» opp mot klinikerens oppfattelse av en sammensatt lidelse. Klare linjer for inklusjon i et pakkeforløp pekes også på som et viktig tiltak for å gi pasienten informasjon i forkant, en avvisning av utredning illustreres av en informant som et brudd i forventninger og forhåpninger. Også en avklaring av samhandling anses som viktig, at pasienten får en klar oppfattelse av hva som vil foregå på hvilket forvaltningsnivå.

*«For det handler også om at alle pasientgrupper har store forventninger til helsetjenesten. Og for mange er det helt urealistiske forventninger og noen eier ikke forventninger. Så hvis vi kunne hatt noe og sagt: dette her er veien du skal følge» Informant #3*

## 4.2.5 Brukermedvirkning og individualisering

Informantene mener at brukerperspektivet er essensielt i utformingen av pakkeforløpene, og der enkelte mener at dette i stor grad er ivaretatt via utvalgte enkeltrepresentanter, peker pasientforeningene på det som problematisk at de ikke har blitt invitert med i prosess.

Informantene generelt anser brukermedvirkning i pakkeforløpene som noe klart positivt, men flere stiller seg undrende til hvordan det vil bli gjennomført og hensyntatt i praksis som en del av standardisering. Én informant påpeker at man ofte er avhengig av å være resurssterk for å påvirke mulighetene som eksisterer.

Flere informanter omtaler standardisering som et tveegget sverd, og har en formening om at dette raskt kan være en risiko for pasientens brukermedvirkning og anledning til individualisert tilpasset utredning og behandling. Flere av informantene beskriver at et såpass komplekst felt som muskelskjelett og tilknytningen til det psykososiale vil være utfordrende å standardisere og påpeker et klart behov for individualisering da det ofte ikke kun vil handle om hvordan man har det, men også hvordan man takler situasjonen. Flere informanter mener det må grundig avklares hvordan individualiseringen skal ivaretas:

*«Men det må være en mulighet for individuell tilpasning der behovet er til stede, men det må også lages på en god måte, hvordan det skal differensieres og defineres.»* Informant #5

## 4.3 Helsepersonellens rolle

### 4.3.1 Samhandling

Flere av informantene beskriver samhandling på muskelskjelettfeltet som utfordrende basert på tidligere erfaringer. Etter behandling i spesialisthelsetjenesten leveres du tilbake til en fragmentert primærhelsetjeneste, der det ikke nødvendigvis er enighet om tilnærming og tiltak basert på hvilken helsepersonellgruppe du oppsøker. En annen årsak er manglende kommunikasjon mellom tjenestene.

*«Og så er det jo dette at den tverrfagligheten som skal til og som er intensjonen i det her, hvor godt er den til stede i systemet som skal ivareta det pakkeforløpet skal beskrives. Og*

*igjen er det litt sånn tilbake til primærhelsetjenesten hvor jo denne tverrfagligheten kanskje i alle fall ikke er god nok.» Informant #4*

Direkte relatert til pakkeforløpet mener flere informanter at hele systemet vil stå og falle på hvorvidt primærhelsetjenesten greier å definere og henvise de riktige pasientene til spesialisthelsetjenesten, og peker til kompetanseheving på begge nivåer for at dette skal fungere godt. Én informant påpeker at manglende kunnskap og kompetanse i primærhelsetjenesten kan resultere i at enkelte som burde ha blitt videreført i spesialisthelsetjenesten ikke kommer dit. Flere informanter uttaler at de fleste muskelskjelettpasienter håndteres nå, og bør håndteres i fremtiden, i primærhelsetjenesten. Dette beskrives ikke som en motsetning til at kompetanse må eksistere på begge nivåer, og heller ikke at alle skal håndteres i primærhelsetjenesten, men at man må finne de rette faktorene, en form for triage, på hvem som skal videre i systemet:

*«Du går jo ikke rett til spesialisthelsetjenesten, du må jo henvises dit for å komme dit. Og da er det primærhelsetjenesten. Og når du begynner pakkeforløpet ett trinn over der pasienten møtes første gangen så blir det noe mangelfullt der. Også har det så vidt jeg har forstått, gått en diskusjon i ekspertgruppen hvordan man kan dra linjene ned mot primærhelsetjenesten også.» Informant #4*

Enkelte informanter uttrykker også bekymring for at for mange møter med ulike aktører binder opp tiden til de involverte, blant annet fastlegen, og videre at dette kan gi økt byråkrati, som ikke gagnar pasienten. Samtidig trekkes viktigheten av at fastlegen inkluderes inn blant flere av informantene, og at fastlegen sikres innflytelse, både på bestilling og hva man skal fokusere på når pasienten skal tilbake i primærhelsetjenesten. Også en generell tverrfaglighet for fagmiljøene som arbeider med muskelskjelett trekkes frem som en viktig faktor.

Én informant mener at den manglende samhandlingen mellom systemene ofte ender i at pasienten må ta mer ansvar. En annen informant uttrykker bekymring for hvorvidt det blir et pakkeforløp på smerteklinikker i spesialisthelsetjenesten, og at eksempelvis «ryggklinikkene» under de ortopediske avdelingene forsvinner ut, og at man mister det store bildet.

*«Hvis du kommer inn i ryggfaglig behandling så har man litt for vanskelig for å se mot det smertefaglige, og dermed så får du en skjevhet når du skal lage diagnosen, du kommer ikke ut av rammen (...) og kanskje vise versa.» Informant #4*

Til tross for at avklaringer rundt pakkeforløpet foreløpig mangler, omtales muligheten for utredning i spesialisthelsetjenesten, med et påfølgende tilpasset og veiledet behandlingsforløp som i hovedsak foregår i primærhelsetjenesten.

*«Hvis vi kan strømlinjeforme en utredning som kan gi noen anbefalinger som så kan lempes tilbake til førstelinjen, så kanskje det har noe for seg.»* Informant #6

#### **4.3.2 Bredde i behandlerfeltet**

Bredde i behandlerfeltet, og forskjellige behandlingstilnæringer med forskjellige begrunnelser trekkes frem av flere informanter som en utfordring for feltet. Både pasientgruppen og behandler-systemet er for bredt og omfattende, og mangler tverrfaglige tilnæringer, så vel som konkret, konsensusbasert kunnskap på diagnose, behandling og oppfølging av pasientgruppen. Det pekes også på at manglende forhåndsdefinisjoner gjør det utfordrende å lykkes med å lage fastsatte rammer knyttet til utredning og diagnostisering.

*«For det er for mange som ser forskjellig type behandler, og får forskjellige type svar, og det er lite konsensus i profesjonsmassen.»* Informant #5

#### **4.3.3 Faglig autonomi**

Når informantene diskuterer standardisering som en effekt på faglig autonomi er det varierte synspunkter som kommer frem, og der enkelte er skeptiske til utviklingen ønsker andre den velkommen. Flere informanter uttaler at man er redd for at den individuelle tilpasningen som sikrer faglig autonomi og som gjør jobben interessant skal forsvinne.

*«Det er jo ikke alltid at det øvelses-repertoaret passer til den pasienten, og da er jo det interessante, hvorfor ikke? Og hvilken tilnærming må jeg bruke her? Og det er den jeg er redd for at blir borte.»* Informant #1

Samtidig beskriver informantene retningslinjevridningen i helsetjenesten som noe positivt, og at det ivaretar pasienten på en tilfredsstillende måte. En informant mener at oppbyggingen av

primærhelsetjenesten uansett vil sikre at man forholder seg til personen, og ikke ett av personens problemer.

*«Men sånn generelt politisk så mener jo jeg at det individuelle tilpassede ikke standardiserte kliniske skjønn må forsvares. Sånn at akkurat når det gjelder pakkeforløp så blir jeg jo da delt i det synet...» Informant #6*

Viktigheten av å forholde seg til annets helsepersonells ekspertise trekkes også frem av enkelte informanter. Videre debatteres også pasienten som en «driver» for helsetjenestene av flere, og at støtte i andre fagmiljøer er av høy relevans i dette:

*«Og det å da ha en slags konsensus for pasienten for alle de som har vært involvert i andrelinjetjenesten og man har en forventningsavklaring og en plan som man kan følge helt eller delvis når pasienten er tilbake i virkeligheten, det er bare en fordel.» Informant #6*

#### **4.4 Samfunnsøkonomi**

Samtlige informanter vektlegger at den samfunnsøkonomiske byrden knyttet til muskelskjelett er betydelig. Ressursbruken på muskelskjelett, særlig i spesialisthelsetjenesten, beskrives som svært begrenset i forhold til hva muskelskjelett frembringer av kostander i samfunnet ellers. Flere informanter påpeker at man har sett at de tidligere pakkeforløpene har gitt økonomisk gevinst uten tilførsel av ressurser, og oppfatter at ett av de helsepolitiske målsetningene for innføring av pakkeforløp til å være nettopp ressursbesparelser.

*«Det er de sammensatte muskelskjelettplagene som koster samfunnet i form av langvarige sykmeldinger, uføretrygd med mer.» Informant #1*

En informant mener at en grundig utredning i form av et pakkeforløp kan bidra til å fjerne feilbehandling og unødvendige utredning og behandlinger, og viser til at det vil være heldig for pasienten, så vel som helsevesenet og samfunnet.

##### **4.4.1 Samfunnsøkonomisk byrde versus den enkeltes lidelse**

En todeling av den helsepolitiske målsetningen for innføringen av pakkeforløp blir nevnt av flere av informantene, der det økonomiske hensynet står på den ene siden, og en forhåpning

om at den andre siden består av synlighet knyttet til at dette er en underprioritert gruppe som må tas på alvor. Flere av informantene trekker frem begrepet «verdige liv» og behovet for en tiltaksplan som sikrer dette for muskelskjelettpasientene. En informant uttaler at helsetjenesten i manglende grad greier å fange opp pasientene og tilby adekvate behandlingstiltak, som gjør at man uforholdsmessig ofte havner i sykmelding, mottar arbeidsavklaring eller til slutt blir ufør.

At et økt fokus på denne gruppen vil dette komme pasientene til gode, trekkes frem av flere informanter, som også poengterer at helsevesenet og samfunnet for øvrig vil kunne tjene på dette i lengden.

*«Kroniske smertetilstander er jo et av medisinsens mange stebarn. Det er dårlig definerte, vanskelige håndterbare, ofte kroniske lidelser som både på individplan og samfunnsplan gir betydelige kostnader. Kostnader i forhold til funksjonssvikt hos den enkelte og betydelige samfunnskostnader i forhold til at veldig mange av disse havner inn i sykmelding, attføring og etterhvert uførhet. Så det er et tap av inntekter for staten og det er et tap av livskvalitet for den enkelte.» Informant #6*

#### **4.4.2 Forskjeller i forvaltningsnivåer og det finansielle dilemmaet**

Flere av informantene viser til at det er behov for tilbud på tvers av forvaltningsnivåene, og at et godt pakkeforløp for den enkelte vil inkludere alt fra kommunale tilbud til spesialisert rehabilitering i andrelinjetjenesten. Flere informanter mener at utfordringer også er til stede ved at både styringssystemene, og ressursstyringen, er på to forskjellige nivåer. Dette blir også pekt på som en utfordring når det kommer til ressurser og ressursbruk, og hvem som til syvende og sist skal ta regningen. En informant poengterer at det er primærhelsetjenesten som i stor grad gjør jobben med å begrense sykmelding og holde folk i jobb, og at ressursene knyttet til dette er en direkte utgift for kommunen, men at gevinstrealiseringen i andre enden er staten. Dette resulterer i manglende insitament for å øke ressursbruk for kommunene.

*«Men skal man lykkes må man se på hele pakkeforløpet som ett løp som har en sluttsum i andre enden. Så må det være et forhold mellom de som bruker ressursene, investerer i*



*ressursene i forhold til gevinsten i andre enden. Skal man spare penger må kommunene få tilført de midlene.» Informant #1*

Flere informanter mener det er behov for avklaring mellom forvaltningsnivåene, og hvordan den økende gruppen med muskelskjelettpasienter skal kunne håndteres i fremtiden uten tilførsel av ressurser.

#### **4.4.3 Bekymring for ressurser**

Ressursprioritering knyttet til muskelskjelett i det offentlige beskrives av flere informanter som manglende, og at eksempelvis midler knyttet til spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av pasientgruppen er forsvinnende liten sammenlignet med hva gruppen faktisk koster samfunnet. Én informant er bekymret for at dersom det ikke tilkommer ressurser knyttet til kompetansetiltak og økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten at pakkeforløpet vil ha en negativ effekt for pasientgruppen. Flere informanter påpeker at dersom pakkeforløpene skal kunne ha effekt, og på sikt være ressursbesparende, så må det også i første omgang ressurser inn.

En informant viser til muligheten for å bruke pakkeforløp som en forskyvning av interne ressurser i helsetjenesten, og begrunner dette med at dersom pakkeforløpet med påfølgende frister må ivaretas så vil det også måtte bli prioritert, og man kan potensielt oppnå ressursene det er behov for. Flere informanter er bekymret på bakgrunn av at andre pakkeforløp kun har fått pålegg om tidsfrister uten tilførsel av ressurser, og at dette vil gjøre at en prioriteringsendring både vil kunne gå på bekostning av alternativ bruk, og at hverken helsepersonell eller pasient vil komme styrket ut.

*«Ja, vi skal innføre et pakkeforløp for den største gruppen for funksjonssvikt i kongeriket og den største utgiftsposten på alle trygdebudsjetter, men det skal ikke koste noe. Det skal ikke tilføres noen ressurser her, det skal bare gjøres smartere.» Informant #6*

#### **4.4.4 Kapasitet i det offentlige**

Flere av informantene poengterer behovet for økte ressurser for å kunne håndtere pasientene best mulig, og at det særlig i spesialisthelsetjenesten er for få hender og for lite tid.

Informantene omtaler også utfordringene i primærhelsetjenesten, særlig for fastlegene, men at også ventetid knyttet til avtalefysioterapeuter er en hindring for pasientgruppen.

*«Et annet dilemma er jo at bevilgninger har vært små på det her området, så kapasiteten inn i spesialisthelsetjenesten er antageligvis for liten til å ta hånd om de man burde ta hånd om hvis man lykkes med det her, og da begynner man kanskje litt i en feil ende.» Informant #4*

Flere informanter uttaler et håp om at pakkeforløpet skal sette ressursmangelen på dagsordenen:

*«Så et forløp ville nok ha satt sånne ting litt mer på dagsorden, at dette er et klart definert ansvar, dette trenger denne pasientgruppen. Det hadde vært viktig og riktig bruk av ressurser.» Informant #3*

En annen informant beskriver en opplevelse av at pasienter i manglende grad når frem i det offentlige behandlingstilbudet, der kapasitet og faglig uenighet er to mulige årsaker.

#### **4.4.5 Potensiale for ressursbesparelser**

Informantene er todelt på hvorvidt de mener at pakkeforløpene på sikt kan gi samfunnsøkonomiske besparelser. For flere beskrives tidlig utredning som en essensiell faktor for å lykkes med økonomiske besparelser. Andre mener at nøkkelen til å snu trenden er å skape den nødvendige oppmerksomheten og bevisstheten om behovet for å gjøre noe, til å krisemaksimere, så kan det på sikt ha effekt.

*«(...) det er jo det å få lov til å ha en funksjon uten for mye smerter, at du er med å bidra, opplevelse av menneskeverd. Så det er en stor personlig besparelse for befolkningen, samtidig som det er ekstremt mye økonomi i det å holde folk i systemet og få tak i disse muskelskjelett pasientene på et tidligere stadium. Ikke gå for lenge.» Informant #1*

Én informant mener at selv om ikke endringen vil være så stor, så vil det likevel kunne gi betydelige besparelser fordi det er så mange som rammes:

*«Så jeg tror ikke at et pakkeforløp vil gjøre noen revolusjonerende forskjeller på tilbakeføring til arbeid og økt sosial deltakelse. Men kanskje kan det heve det bittelitt, og siden det hjelper så mange, så kan bittelitt faktisk bety ganske mye samfunnsøkonomisk. (...) Men som gruppe, det å tro at bare vi får et pakkeforløp så vil alle disse slutte å bli uføre før de blir 40 og kjempemange innenfor arbeidslivet og klare alle oppgavene sine, det tror jeg er naivt.»*

Informant #2

Av informantene som ikke tror at pakkeforløp vil kunne bidra til å snu trenden og bidra med samfunnsøkonomiske besparelser så trekkes manglende forskning frem, i tillegg til et fokus på at det ikke eksisterer enkelt-tiltak for å heve behandlingen nok til at man på «magisk vis» blir kvitt plagene. Kompleksiteten i lidelsene, som ikke minst innebærer det psykososiale, vil vanskeliggjøre arbeidet med endring.

*«(...) Smerte er ikke et objektivt fenomen, smerter er styrt av faktorer som ikke medisinen har så stor innflytelse på, på godt og vondt. Så om det blir sånn at da faller, at etter vi har innført pakkeforløp, så faller NAVs utgifter til lidelser knyttet til muskelskjelett systemet så tror jeg ikke noe på det.»* Informant #6

#### **4.4.6 Forløpstider**

Informantene er generelt positive til bruk av forløpstider, og mener at utredning og behandling innen en gitt tid kan være samfunnsøkonomisk besparende. Imidlertid ser informantene også store utfordringer og potensielle vridningseffekter knyttet til forløpstidene. Det er også blant flere av informantene en bekymring for hvorvidt tidsfristene vil bli fulgt og føre til fremgang for pasientgruppen, eller om det vil bli nye tidsfrister med utsettelse. En annen informant beskriver kompleksiteten i lidelsene knyttet til muskelskjelett, og at en grundig utredning vil kreve mye tid, og koordinering av flere forskjellige aktører.

*«Og da er jo utfordringen det at det må jo ikke gå på bekostning av annen type behandling og andre tjenester. Og hvordan skal du egentlig ivareta noe når det er en så stor gruppe?»*

Informant #2

## 4.5 Forskning/kunnskapsutvikling

### 4.5.1 Manglende ressurser til forskning og manglende kunnskap på feltet

I likhet med kapasitet i helsetjenesten, blir også manglende forskning og kunnskap rundt muskelskjelett trukket frem av flere informanter som en essensiell faktor som må adresseres om man skal lykkes med gruppen.

*«Og når du da kanskje ikke har kapasitet til å gjøre det som er nødvendig, og punkt to, ikke vet hva du skal gjøre på grunn av store kunnskapshull så hjelper på et vis ikke pakkeforløpet.»*

Informant #4

Særlig forskning knyttet til årsakssammenhenger og forskning knyttet til behandlingsutfall beskrives som mangelfull med store kunnskapshull. Det poengteres også at forskningsinnsatsen og midlene til forskning på muskelskjelett i forsvinnende liten grad er representativ i forhold til hva gruppen koster samfunnet i form av sykmeldinger og utenforskap.

*«Det må settes systemer rundt forskning fra første stund, slik at vi hele tiden får kunnskapsutvikling. Også må det defineres bedre, med bedre rammer fra starten av, slik at vi får hentet god kunnskap med mindre pasientgrupper, slik at det er lettere å se på hva vi gjør riktig og hva vi gjør feil.»* Informant #5

Bakgrunnen for at kunnskapen og forskningsbevilgningene ikke står i forhold til kostnadene knyttet til gruppen, relateres til at muskelskjelettplager ikke har dødelig utgang. Det pekes også på at i de øvrige pakkeforløpene som er blitt innført er kunnskapsnivået på et helt annet sted, og med bedre definerte problemstillinger. Informantene poengterer at pakkeforløp alene ikke er nok, og at hovedfokuset må rettes mot å fylle ut kunnskapshull, få forskningsresultater implementert i behandlingssystemet, og ha bevilgninger til økt kapasitet slik at man kan ivareta gruppen.

#### 4.5.2 Økt kvalitet og pasientsikkerhet som et resultat av prosess

Flere av informantene ser muligheten for at pasientsikkerhet og kvalitet heves ved bruk av standardisert prosess.

*«Ja, av og til så vil jo det følge med pakkeforløpet en oppskrift på ting du skal utrede og ting du skal gjøre som du skal hake av. Og da vil du jo kanskje sikre kvaliteten i utredning og behandling.» Informant #2*

Økt antall meldinger om feil og pasientskader trekkes frem som en mulig positiv konsekvens av en standardisering av prosess, og at pakkeforløpet kan bidra til økt trygghet for helsepersonellet da gode vurderinger og prosesser vil måtte utarbeides på tvers av fagmiljøene. En informant viser til at uavhengig av hvor man utredes eller behandles skal man oppleve samme tilnærming, og at gjenkjennelighet, lik oppfølging og økt sikkerhet vil være direkte fordeler for pasienten.

## **5 DISKUSJON**

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene fra informantene opp mot informasjonsbildet som foreligger i innledningen, og benytte dette for å gi svar på problemstilling og forskningsspørsmål.

Oppgaven har vært et utfordrende arbeid, blant annet fordi grunnpremissene for arbeidet har endret seg underveis, og fordi det er såpass mye usikkerhet rundt hva det ferdige produktet vil inneholde. Fra de første beskjedene om at pakkeforløp på muskelskjelett var underveis, til en periode med uttalt stillhet, kom beskjeden om at det ble avgrenset til å kun gjelde for pasienter med uavklarte plager (14). Underveis i 2021 kom det indikasjoner på at et rent pakkeforløp på muskelskjelettfeltet var blitt endret til å nå bli inkludert som et tema i pakkeforløp på langvarige smertetilstander og muskelskjelett, men dette er ikke bekreftet. De fortløpende endringene er en god illustrasjon på kompleksiteten som representerer muskelskjelettfeltet.

### **5.1 Hva er pakkeforløp på muskelskjelettfeltet et svar på?**

Fra informantenes tilbakemeldinger er det særlig tydelig at de mener det er et behov for fokus på muskelskjelett, både basert på individets lidelse, behovet for en diagnose og den samfunnsøkonomiske byrden muskelskjelettpasienter representerer. At tilnærmingen ble pakkeforløp er det flere potensielle årsaker til. Trender i samfunnet og tidligere suksess med pakkeforløp, behov for standardisering og ivaretagelse av samhandling anses som sannsynlige medvirkende faktorer.

#### **5.1.1 Behovet for fokus på pasientgruppen muskelskjelett**

Samtlige informanter trekker frem behovet for at muskelskjelettplager settes høyere på den politiske agendaen, og oppfatter pakkeforløp som et tiltak for å gjøre nettopp dette. Flere poengterer at det må tas ansvar for muskelskjelettgruppen, både for å redusere den enkeltes lidelse og påfølgende reduserte livskvalitet, og for å redusere den samfunnsøkonomiske byrden knyttet til plagene. Dette er gjenkjennelig også i fagmiljøene internasjonalt, der det eksisterer en «call to action» på muskelskjelettfeltet (75).

I 2018 publiserte det anerkjente tidsskriftet Lancet en «Low Back Series» bestående av tre artikler fra et internasjonalt fagmiljø bestående av 31 forskjellige forfattere fra forskjellige disipliner (76). Serien skapte en bevissthet om den stadig økende globale byrden korsryggssmerter representerer, og hvordan tidligere tilnærming til problemet ofte har bestått av ineffektiv eller feil behandling som både forårsaker skade for den enkelte, og lite hensiktsmessig bruk av verdifulle helseressurser (76). Korsryggssmerter er den ledende årsaken til uførhet i verden, og det er kun en liten andel av mennesker som har en godt forstått årsak, eksempelvis brudd, malignitet eller infeksjon (65).

Informantene, så vel som fagmiljøene peker på et tydelig behov for å intensivere forskningsinnsatsen og igangsette globale initiativer for å håndtere byrden av korsryggssmerter som et folkehelseproblem (65). Enkelte av informantene viser til at det har kommet et økende fokus på pasientgruppen etter at muskelskjelett ble definert som et folkehelseproblem, og med inklusjon i NSD-strategien. Dette beskriver en informant som en anerkjennelse av at dette er område de må iverksette tiltak på, og som noe tydelig positivt. En annen informant beskriver at bevisstgjøring rundt opprettelse av pakkeforløp uansett vil kunne avleire kunnskap og trigge interessen, og beskriver det som et grep som kan resultere i økt oppmerksomhet i alle ledd.

Til tross for at et pakkeforløp kan være et viktig steg i riktig retning for å sette økt fokus på gruppen, er den manglende offentlige informasjonen om fremgang og endelig produkt tydelige indikasjoner på kompleksiteten i å finne gode tiltak på gruppen. Det som imidlertid er hevet over enhver tvil er at muskelskjelettbyrden er betydelig og økende både nasjonalt og internasjonalt, og pasientgruppen har vært underprioritert i en årrekke, særlig relatert til forskning og utvikling av ny kunnskap.

### **5.1.2 Behovet for en diagnose**

Det er debattert at et økende fokus på spesialisering i helsetjenesten kan bidra til at man søker monofaktorielle og monofaglige forklaringer og løsninger (77). Samfunnsmessige forhold kan bidra til at bestemte diagnoser føles frigjørende (77), at man får en forklaring på symptomer og adgang til hjelp man ikke ellers ville mottatt (12, 77). Dette er et tema som også blir adressert av flere informanter, som beskriver at «nøkkelen» til et godt liv i helsevesenet først

eksisterer ved en diagnose. Flere trekker frem koblingen mellom den enkeltes psyke og behovet for å føle at man blir tatt på alvor.

Som diskutert over er det i enkelte områder av muskelskjelett svært sjeldent at man finner en tydelig årsakssammenheng til smertene (65). Muskelskjelettplager diagnostiseres ofte bredt, og særlig i primærhelsetjenesten er det mangel på spesifikke diagnoser. I tillegg er årsaksbildet, som også er diskutert av informantene, ofte sammensatt med en tydelig sammenheng mot det psykososiale (65). Informantene påpeker at langt de fleste diagnostiseres uspesifikt nettopp fordi man ikke finner en klar årsak til smertene.

Diagnose trekkes også frem av informantene som en viktig brikke i en forventningsavklaring. Pasienten forventer ofte en diagnose og toleransen for manglende eller sen diagnostikk er lavere, og det forventes rask og riktig tilnærming tidlig i sykdomsløpet (17, 19). Informantene beskriver forskjeller i oppfatning av symptomer og sannsynlige tiltak for bedring mellom pasient og kliniker, og påpeker at pasientens ønske om en «quick fix» ofte står i kontrast til klinikerens oppfattelse av sammensatte lidelser.

Behovet for en diagnose for å få en enklere vei i helsevesenet kan vurderes som en målsetning for pakkeforløpene. Imidlertid er det sannsynlig at dette i langt større grad vil treffe på et gjeldende utfordringsbilde.

### **5.1.3 Samfunnsøkonomisk behov**

Muskelskjelettplager er en kjent og betydelig samfunnsøkonomiske byrde, og omtrent 1,2 millioner rammes årlig i Norge av rygg- og nakkeplager alene (10). I Norge er diagnosegruppen knyttet til muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til sykefravær, og er, etter psykiske lidelser, den vanligste årsaken til uførhet og står for rundt 20% av det ikke dødelige helsetapet i Norge (39).

Folkehelsemeldingen peker på behovet for økt innsats rettet mot muskel- og skjelettlidelser (39). Samtlige informanter trekker frem at den samfunnsøkonomiske byrden knyttet til muskelskjelett er betydelig, og at et sannsynlig mål med innføringen av pakkeforløp på feltet er å oppnå ressursbesparelser knyttet til gruppen. Todelingen av de helsepolitiske målsetningene for pakkeforløpene, med det økonomiske, samfunnsmessige hensynet på den



ene siden og den enkeltes lidelse på den andre, beskrives av informantene så vel som i Folkehelsemeldingen (39).

Pakkeforløp er, som diskutert tidligere, en strategi for å optimalisere ressursbruk i et samfunn med stadig økende kostnader knyttet til helsetjenesten (19, 25). Det er nettopp standardiseringen som pakkeforløpene tilbyr som gir et overordnet mål om å sikre utnyttelse av kompetanse og ressurser i helseforetakene (19). Informantene er delt i sin oppfatning av hvorvidt de mener at ressursbesparelser er oppnåelige eller ikke som et resultat av innføring av pakkeforløp. Enkelte mener at fordi gruppen er såpass stor er en liten endring nok til å gi betydelige utslag, noen mener at med tilførsel av ressurser så vil man på sikt kunne se besparelser, og andre mener at uavhengig av tiltak er dette såpass komplekst at et enkelttiltak som pakkeforløp ikke vil kunne gi effekt.

Det er også en gjennomgående bekymring for manglende ressurser i helsetjenesten til å håndtere en ny tilnærming til pasientgruppen. Noe av bakgrunnen for innføring av pakkeforløp har vært at ny organisering, heller enn tilførsel av ressurser skal være løsningen (55). Imidlertid må det, som informantene vektlegger, anerkjennes at dette er et underprioritert område i helsetjenesten der kostnaden knyttet til den samfunnsøkonomiske byrden i manglende grad representeres av ressurser tilgjengelig i tjenesten. Det samme vil også gjelde forskningsfokus, der Forskningsrådet har identifisert muskelskjelettplager som et område der det er størst forskjell mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats (11).

#### **5.1.4 Hvorfor ble pakkeforløp tiltaket?**

Informantene peker på flere mulige årsaker til at pakkeforløpene ble den gjeldende tilnærmingen til muskelskjelettplager, men det løftes særlig frem tidligere bruk og erfaring fra pakkeforløp. Fra litteraturen identifiseres det at det også er sannsynlig at både målstyring og samfunnstrender, så vel som hva pakkeforløpene innebærer med standardisering og samhandling, er medvirkende årsaker.

#### **Tidligere erfaring**

Til tross for at standardiserte pasientforløp i stor grad ble satt på kartet på kreft-feltet med den nasjonale kreftstrategien «Sammen – mot kreft» (35), var det først i 2015 at de første pakkeforløpene ble innført i helsetjenesten i Norge (1). Pakkeforløpene legger vekt på

standardisering av tilbudet, der alle har rett til den samme behandlingen innen gitte frister (15), og at standardiseringen vil kunne begrense forsinkelser i utredning og skape forutsigbarhet for pasienten (38). Dette skal oppnås primært med omprioritering heller enn tilførsel av ressurser (55). Disse hovedmålsettingene og suksesserklæringen knyttet til disse, vurderer informantene at er sannsynlige årsaker til at pakkeforløp ble sett på som en mulig løsning også for muskelskjelettområdet. Enkelte informanter viser også til at de ikke nødvendigvis var basert på en oppfatning av at pakkeforløp var det riktige tiltaket basert på suksess, men at det heller var mer tilfeldig – at det var pakkeforløp som var i vinden når avgjørelsen ble tatt.

Selv om selve evalueringen av pakkeforløpene innen kreft-feltet er mindre udelt positiv enn politikernes oppfatning av suksessen (38, 78), var pakkeforløpene en tydelig politisk satsning fra daværende regjering (8). Pakkeforløpene for psykisk helse og rus har vært langt mer omdiskutert i fagmiljøene (4, 5), og også vist tydelige utfordringer i evalueringer (7), men helsepolitisk beskrives det fortsatt som et kvalitetsløft og en essensiell helsereform (79). Dette tyder på at det politiske suksessbildet kan variere noe fra evalueringene, og at oppfattelsen av et kvalitetsløft på et komplisert område som psykisk helse og rus i stor grad kan legge grunnlaget for videreføring av konseptet til andre utfordrende fagområder.

### **Trender i samfunnet/helsepolitisk**

I likhet med offentlig forvaltning generelt, har også helsesektoren de senere tiår hatt en tydeligere dreining mot mål og resultatstyring (16, 49). Endringen mot målstyring blir sett på som en essensiell faktor i det å gi en verdibasert helsetjeneste (18, 54), og en forutsetning for vellykket drift av helseforetakene (18, 53). Som diskutert i innledningen har også pakkeforløpene sin begynnelse og utvikling fra NPM-teori via prosessorienterte modeller, med tydelig mål- og resultatstyring i de ferdige produktene. Dette gjør seg særlig gjeldende i bruken av forløpstider. Det er foreløpig ikke kjent hvordan dette vil fungere på pakkeforløpet på muskelskjelett, men en viktig målindikator for pakkeforløpene på kreft er at 70% av pakkeforløpene skal gjennomføres innen fristen (38, 56, 58).

Bruk av mål- og resultatstyring er omdiskutert, og kritikere peker særlig til at det innebærer en tillitsbasert styring satt i system, og at overordnede mål vanskelig lar seg kombinere med ansvarliggjøring av virksomheter og medarbeidere (24). Et positivt resultat fra evalueringen

av pakkeforløp fra kreft peker imidlertid på at kvalitetshensyn knyttet til diagnostikk ofte går fremfor tidsfrister (38).

Informantene er generelt positive til bruk av forløpstider, og mener at utredning og behandling innen en gitt tid kan være samfunnsøkonomisk besparende. Imidlertid ser informantene også utfordringer og potensielle vridningseffekter knyttet til forløpstidene som er gjenkjennelige fra litteraturen. Både informantene og litteratur vektlegger at systemet vil være utsatt for vridningseffekter som «crowding out», juks med systemet, endret prioritering mellom pasientgrupper og unødvendige eller ekstra undersøkelser, særlig når ressurstilgang er involvert (38, 56).

### **Behovet for standardisering**

Pakkeforløpenes natur er at pasientforløpet skal standardiseres (15). Standardisering kan være, som beskrevet av informantene; et tveegget sverd. En standardisering i pakkeforløpene er beskrivelsen av hvordan arbeidsprosessene skal utføres (34), og setter de organisatoriske kravene i fokus (60). En standardisering av pasientforløp kan bidra til å gi pasienten forutsigbarhet og en opplevd følelse av trygghet (42), noe også informantene i stor grad vektlegger. Standardisering kobles ofte til tidsbruk og organisering, og som et sentralt virkemiddel for god pasientbehandling (55).

En annen fordel med standardisering er at helsetilbudet i større grad skal bli likelydende uavhengig av geografiske forskjeller. Lik tilgang for like behov er et av grunnpremissene i helsetjenesten, og uønsket variasjon strider mot prinsippet om likeverdige tjenester (15). Bruk av helseatlas og kvalitetsregistre identifiserer variasjon i bruk og tilgang til helsetjenestene (39). Med andre ord kan pakkeforløpene være en metode for å sikre at pasienter mottar anbefalt behandling, og tilrettelegger for likhet i helsetjenesten. Enkelte av informantene trekker frem likhet og ikke minst redusert variasjon særlig geografisk som en sannsynlig viktig følge av standardiseringen som pakkeforløpene representerer.

Standardisering har, som diskutert innledningsvis, flere fordeler som økt brukermedvirkning (48), reduksjon i variasjon i helsetjenesten og redusert ventetid (20, 34), bedret samhandling (35, 36, 38), og økt kontroll (49), i tillegg til konkrete målefaktorer som bedret kosteffektivitet og redusert antall liggedøgn (50). Samlet sett vektlegger informantene at fokuset på

retningslinjer i helsetjenesten er tydelig positivt, men at et såpass komplekst felt som muskelskjelett med tilknytningen til det psykososiale vil være utfordrende å standardisere. Balansering av standardisering mot individuelle ønsker og behov vil også være nødvendig for å senke terskelen for brukermedvirkning i pakkeforløp (42). Samtidig peker litteraturen på at en viktig avklaring er å skille mellom hva som er brukermedvirkning og hva som er forbrukerkrav, både for beslutningstakere og helsetjenesten (28). Nyere forskning peker også på viktigheten av at standardisering benyttes som et verktøy for å designe gode tjenester, og ikke som et mål for tjenesten (42).

### **Sikre samhandling**

Innføring av pakkeforløp i andre deler av helsetjenesten, eksempelvis pakkeforløpene på kreft, har blitt pekt på som en mulighet for å bedre samhandling i helsetjenesten og på tvers av forvaltningsnivåene. Fagmiljøene knyttet til muskelskjelett er fragmenterte tjenester på flere forvaltningsnivåer, noe også informantene vektlegger. Informantene påpeker at tverrfaglige systemer i stor grad er mangelfulle, i likhet med konkret konsensusbasert kunnskap om diagnose, behandling og oppfølging av pasientgruppen. En risiko er at pasienten kan bli henvist fra fastlege eller annen behandler til spesialisthelsetjenesten, og derfra videre til radiologi eller annen spesialitet, uten fokus på mål av utfall, varighet i utredning eller kostnad (18). Informantene beskriver at en avklaring av samhandling vil være en viktig faktor for å lykkes; at pasienten får en klar oppfattelse av hva som vil foregå på hvilket forvaltningsnivå.

Innføringen av pakkeforløpene skal sikre samhandling i helsetjenesten ved spesifisering av ansvarsfordeling, og tverrfaglige møter (19, 50, 52). Tidligere forskning viser at pakkeforløpene kan ha en positiv innvirkning på samhandling, særlig på koordineringen av helsehjelpen (57). Hvorvidt et tilsvarende mål for samhandling blir gjeldende for muskelskjelettgruppen er usikkert, men er nærliggende å anta. Informantene peker på fastlegen som en naturlig nøkkel inn mot pakkeforløpene, men er usikre på om det er hensiktsmessig at ivaretagelse av behandlingstiltak og oppfølging etter et pakkeforløp kun skal foregå hos fastlegen. Informantene anerkjenner pakkeforløpene som et potensiale for bedret samhandling, men er bekymret for hvordan de ulike forvaltningsnivåene skal involveres, og tjenestene som foreligger i dag skal ivaretas, eksempelvis ryggpoliklinikkene. Det er en tydelig tanke blant informantene om at den kanskje mest aktuelle, og

hensiktsmessige, tilnærmingen er en utredning i andrelinjetjenesten med påfølgende oppfølging og behandling som i hovedsak foregår i primærhelsetjenesten.

## **5.2 Hvilke utfordringer er til stede for utvikling av pakkeforløp på muskelskjelettfeltet i det norske helsevesenet?**

### **5.2.1 Kompleksitet og standardisering av kompleksitet**

Et pakkeforløp blir beskrevet som et normerende pasientforløp, der organisering av utredning, behandling og oppfølging er beskrevet, sammen med kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvars plassering og forløpstid (80). Med andre ord er pakkeforløp nettopp en standardisering av tilbudet, og en måte å organisere tjenesten på som imøtekommer et gitt oppsett for pasienten, uavhengig av tilknytning eller bosted. Som diskutert over, kan det være flere fordeler med en standardisering i tjenesten. Det som pekes på av informantene er imidlertid hvor utfordrende det er å standardisere tilbudet til en såpass kompleks pasientgruppe og at en standard prosedyre vil kunne være enklere og mer tilrettelagt for enkelte lidelser. Informantene vektlegger at pakkeforløpene på kreft-feltet er bygget opp på en helt annen plattform, der definisjoner av lidelser, utredning og behandlingsmodaliteter gjør det lettere å definere et forløp. Der muskelskjelettforskning har vært nedprioritert i en årrekke (10), viser informantene til et helt annet forskningsfelt og kunnskapsutvikling som ligger til grunn for pakkeforløpene på kreft.

Informantene påpeker særlig det manglende kunnskapsgrunnlaget på muskelskjelettplager som en utfordring for standardisering. Det blir i tillegg beskrevet manglende konsensus i fagmiljøene på hva som er beste tilnærming til pasientgruppen, og også manglende konsensus på når, og hvilke, tiltak skal igangsettes. Som flere av deltakerne problematiserer er det nettopp bredden i pasientgruppen som gjør at dette blir svært vanskelig håndterbart. Informantene viser samlet til en usikkerhet i hvordan man skal kunne igangsette et pakkeforløp for gruppen; hvem skal inkluderes, hvem skal ekskluderes, hvilke «krav» må fylles, hva vil pakkeforløpet bestå av, og hvilke eksterne skal involveres i forløpet.

En annen av utfordringene med standardisering er at det ofte er sterke, aktive fagmiljøer som tenker nytt som er navet i utviklingen av helsetjenesten. Standardisering må med andre ord ikke gå på bekostning av at fagmiljøene tar eierskap til utvikling og forskning. Informantene

er splittet i sitt syn på hvorvidt den faglige autonomien er utfordret som et resultat av en standardisering av tjenesten. Enkelte uttrykker en bekymring for at man ved standardisering i manglende grad får tilpasset tjenesten til individuelle behov, og at det kliniske skjønn der man forholder seg til person og ikke symptomer kan være utsatt.

Som diskutert tidligere kan standardiseringen i pakkeforløpene sikre utligning av forskjeller, eksempelvis geografisk variasjon i tilbudet. Det er imidlertid en risiko for at pasientgruppen som vil «kvalifisere» til et pakkeforløp, og som slik sett prioriteres gjør at andre grupper, eller pasienter med parametere som ikke vil bli inkludert i pakkeforløpene, nedprioriteres (38, 56). Flere av informantene identifiserer særlig dette som en risiko ved diagnosespesifikke løp. Flere mener at diagnosespesifikke løp vil være et mer hensiktsmessig startpunkt på bakgrunn av bredden i pasientgruppen, men anerkjenner samtidig at ulempen kan være at enkelte grupperinger eller diagnoser vil få rask hjelp, mens andre skyves bakover i køen. Dette er særlig gjeldende ved manglende tilførsel av nye ressurser til tjenesten. Imidlertid vil ikke dette kun gjelde dersom diagnosespesifikke løp er aktuelt, men også igjen som et resultat av at gruppen med muskelskjelett plager er såpass stor at gitte prioriteringer eller kriterier vil føre til inklusjon av enkelte, og eksklusjon av andre. Nedprioritering av enkelte grupper er uttalt bekymring blant informantene.

### **5.2.2 Ressursbehov**

Forskningsrådet påpeker i Prop 1S (2020-2021), som tidligere nevnt, at muskelskjelett representerer et av områdene med størst variasjon mellom sykdomsbyrde og forskningsinnsats (11). Manglende ressursprioritering knyttet til muskelskjelett i det offentlige trekkes også frem av flere informanter. Midler knyttet til spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av pasientgruppen er forsvinnende liten sammenlignet med hva gruppen faktisk koster samfunnet. Beregninger viser at det i 2018 var 171 425 kontakter med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med rygg- eller nakkeplager (10). Dette kan høres ut som betydelige tall i spesialisthelsetjenesten, men dersom man ser på antall kontakter i forbindelse med rygg- og nakkeplager i primærhelsetjenesten, der de offentlig autoriserte gruppene som behandler muskelskjelettpasienter er fastleger, fysioterapeuter (inkludert manuellterapeuter) og kiropraktorer er bildet et annet (10). Antall pasientkontakter grunnet rygg- og nakkeplager i 2018 var i fastlegetjenesten 1 424 651 (448 815 unike pasienter), i fysioterapitjenesten med driftsavtale (som utgjør omtrent 58% av årsverk i fysioterapitjenesten) 2 029 803 (147 094

unike pasienter) og i kiropraktortjenesten 1 648 625 (285 275 unike pasienter) (10). Dette viser tydelig at majoriteten av muskelskjelettpasienter primært utredes og behandles i primærhelsetjenesten (10). Med andre ord vil et pakkeforløp innen spesialisthelsetjenesten som i dag bruker relativt lite ressurser på pasientgruppen muskelskjelett være helt avhengig av å få tilført økte ressurser for å kunne imøtekomme et pakkeforløp med forløpstider på utredning og ev. behandling.

Ved standardisering av helsetjenestene håper man å oppnå andre metoder for å forbedre pasientbehandlingen som ikke resulterer i økt ressursbruk, og ny organisering, heller enn tilføring av ressurser, blir sett på som en løsning (55). Implementeringen av pakkeforløp i Norge har blitt gjennomført lokalt ved helseforetakene (38, 47), og det pålegges de regionale helseforetakene å sikre implementering og oppfølging av pakkeforløpene (47).

Helseforetakene har ikke mottatt midler knyttet til innføringen av pakkeforløpene, og har derfor vært nødt til å omdisponere interne ressurser ved behov for å imøtekomme kravene knyttet til implementering og gjennomføring (38, 56). Som en konsekvens av dette har helseforetakene måttet igangsette egne strategier og tiltak for å imøtekomme innføringen av pakkeforløp (56). Informantene bifaller at innføringen av pakkeforløpene kan føre til omprioritering av ressurser på muskelskjelettfeltet, men er samtidig tydelige på at dersom pakkeforløpene skal kunne ha effekt, og på sikt være ressursbesparende, så må det investeres ferske ressurser.

### **5.3 Oppsummerende diskusjon**

Diskusjonen over viser til flere mulige årsaker til at pakkeforløp på muskelskjelettfeltet ble besluttet, hvilke behov som har vært gjeldende og hva tiltaket er et svar på. Sykdomsbyrden knyttet til muskelskjelett er stadig mer kjent, og de samfunnsmessige følgende utfordrer velferdsstatens bærekraft. Målsetningen om en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste gjør seg gjeldende.

Pasientenes inngangsport til pakkeforløpet på muskelskjelett har blitt formulert at er basert på behovet for en diagnose. Dette behovet er diskutert også av informantene, men samtidig anerkjent som svært utfordrende basert på et uklart årsaks-bilde i muskelskjelettlidelser. Anerkjennelse av individet, heller enn godkjente diagnoser er viktige faktorer for å unngå medikalisering og overbehandling (77).

Sluttrapporten knyttet til evaluering av pakkeforløpet på kreft peker på viktigheten av å se på pakkeforløp som organisasjonsform på tvers av diagnoser, der det vektlegges et behov for å identifisere hvilke sykdommer og diagnoser pakkeforløp egner seg for, og hvilke det i mindre grad egner seg for (38). Evalueringene av pakkeforløpene på psykisk helse og rus retter til dels relativt skarp kritikk mot innføringen av pakkeforløpene, og til tross for at man stadig er tidlig i perioden etter igangsettelse, er det til dels urovekkende resultater (7, 64). Dette kan kanskje delvis forklares med at det eksisterer en annen kompleksitet enn i pakkeforløpene på kreft. Informantene viser en uttalt bekymring for vridningseffekter knyttet til innføringen av pakkeforløpene, og fra litteraturen ser vi at dette forekommer i innføringen av pakkeforløpene. Samtidig må det anerkjennes at det perfekte styringssystemet kun eksisterer i utopien, og styringsmodeller eller organisasjonsstrukturer ikke vil kunne eksistere uten utilsiktede virkninger (49).



## 6 KONKLUSJON

Pakkeforløp blir i stadig større grad innført i helsetjenesten internasjonalt, og mål- og resultats-styringsverktøy gjør seg stadig mer gjeldende i helsetjenesten. Muskelskjelettfeltet representerer en betydelig byrde både for samfunnet som helhet, for helsesektoren og for individet. Pakkeforløp på muskelskjelettfeltet er i liten grad innført internasjonalt, og foregangslandet på pakkeforløp, Danmark, har kun enkelte diagnosespesifikke løp som er lagt til primærhelsetjenesten.

Pakkeforløp gir en strømlinjeformet tjeneste med store potensielle fordeler, både for pasient, behandler, organisasjon og samfunn, men har også en rekke potensielle fallgruver.

Kompleksiteten i muskelskjelettgruppen gjør pakkeforløpsløsningen spesielt utfordrende.

Denne oppgaven har ikke som mål å konkludere på om pakkeforløp på muskelskjelett burde innføres eller ikke. Som evalueringen av pakkeforløpene på kreft belyser, bør det imidlertid gjøres en vurdering av hvilke sykdommer og diagnoser pakkeforløp egner seg for, og hvilke det i mindre grad er tilpasset til. Evalueringen av pakkeforløp for rus og psykiatri som til dels ga skarp kritikk til innføringen av pakkeforløpene understøtter dette budskapet.

Over tre år etter beslutningen om å innføre pakkeforløp på muskelskjelettfeltet er det lite offentlig informasjon tilgjengelig, og et tydelig utfordringsbilde reflekteres i stadige endringer av den opprinnelige planen knyttet til pakkeforløp på muskelskjelett. Muskelskjeletthelse er et underprioritert område, både i forhold til ressurser investert og forskningsinnsats på området opp mot samfunnsøkonomisk byrde. Til tross for at det tidligere har vært forsøkt enkelte tiltak rettet mot deler av pasientgruppen, bærer satsningene preg av manglende ressurser, ventetider og nedprioritering over tid. Til tross for at muskelskjelettgruppen er en komplisert og kompleks gruppe, der det med svært liten sannsynlighet vil være ett enkelt tiltak som er nøkkelen, må pasientgruppen i større grad prioriteres, særlig i forskningsinnsatsen, slik at hensiktsmessige tiltak kan identifiseres og igangsettes, til det beste både for samfunnet og for pasienten.

## 7 REFERANSER

1. Helsedirektoratet. IS-2426 Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015. 2. utgave. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.
2. Solberg E. Raskere og bedre behandling av psykiske lidelser [Nettdokument] 2015 [Oppdatert 15. august 2015, lest 6. juni 2021]. Tilgjengelig fra: <https://erna.no/2015/08/14/raskere-og-bedre-behandling-av-psykiske-lidelser/>.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020. Oslo; 2018 5. Contract No.: IS-2734.
4. Ellingsen T, Danielsen P. Mellom kart og terreng - En kvalitativ studie av pakkeforløp i psykisk helsevern. Oslo: Universitetet i Oslo; 2020.
5. Eikeland AK. Faglig autonomi i spill. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2019 (12).
6. Havn MM. Psykologen og pakken Profesjonsutøvelse i pakkeforløpenes tid. Oslo: Universitetet i Oslo; 2018.
7. Ådanes M, Kaspersen SL, Melby L, Lassemo E. Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året. Oslo: SINTEF; 2020. Contract No.: 2020:00064
8. Regjeringen. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre «Jeløya plattformen». Jeløya; 2018.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen vil styrke arbeidet med pakkeforløp [Nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [Oppdatert 14. mai 2019, lest 6. juni 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-styrke-arbeidet-med-pakkeforlop/id2644732/>.
10. Oslo Economics. Bærekraft i praksis/2019-21. Oslo; 2019.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1S (2020–2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) [Nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [Oppdatert oktober 2020, lest 13. november 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20202021/id2768429/>.
12. Fournay DR, Dettori JR, Hall H, Hartl R, McGirt MJ, Daubs MD. A systematic review of clinical pathways for lower back pain and introduction of the Saskatchewan Spine Pathway. Spine (Phila Pa 1976). 2011;36(21 Suppl):S164-71.
13. Slaatten B. Helsedirektorat med sykdomssymptomer - Debatt og kronikk - Dagens Medisin. Dagens Medisin 2019: 14. juni 2019.

14. Dokument nr. 15:1734 (2018-2019). Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren. Oslo: Stortinget; 2019.
15. Olsen J. Helseøkonomi - effektivitet og rettferdighet. Oslo: Cappelen Akademisk forlag; 2006.
16. Fallan L, Pettersen IJ. Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. Praktisk økonomi & finans. 2010;26(1):99-111.
17. Haug K, Kaarbøe OM, Olsen TE. Verdens beste helsevesen? I: Olsen TE, red. Et helsevesen uten grenser? 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
18. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review. 2013;October issue.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
20. Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
21. Feiring E. Helsevesenets vedvarende floker. Nytt Norsk Tidsskrift. 2014;31(3):383-6.
22. Helsedirektoratet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk [Nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [Oppdatert 18. mai 2021, lest 10. september 2021]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>.
23. Kjekshus LE. Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. 2005;21(1):53-76.
24. Grund J. Mål og resultatstyring - balansens kunst. Oslo: Spekter; 2019 [Lest 26. september 2021]. Tilgjengelig fra: [https://spekter.no/Global/Publikasjoner/JanGrund\\_Målogresultatstyring\\_sider.pdf](https://spekter.no/Global/Publikasjoner/JanGrund_Målogresultatstyring_sider.pdf).
25. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev. 2010(3):CD006632.
26. Ekeland T-J, Stefansen J, Steinstø N-O. Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. Tidsskrift for velferdsforskning. 2011;1:2-14.
27. Haynes RB. What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? BMC Health Services Research. 2002;2(1):3.

28. Gusmano MK, Maschke KJ, Solomon MZ. Patient-Centered Care, Yes; Patients As Consumers, No. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38(3):368-73.
29. Hansen T. *New Public Management* [Nettdokument]. Oslo: Store Norske Leksikon; 2018 [Oppdatert 17 september 2018; lest 16. mai 2021]. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management).
30. Olsen T, Dybbroe B, Egilson S, Þóra. Brukermedvirkning og velferdstjenester. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*. 2018;3(01):4-6.
31. Høstmælingen A. Klinisk ekspertise og New Public Management. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2014;51(6):453-60.
32. Friberg JH. Hvor står NPM-debatten nå? *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2015;52(6):522-3.
33. Statistisk sentralbyrå. Lav vekst i helseutgiftene i 2020 [Nettdokument]. Statistisk sentralbyrå; 2021 [Oppdatert 18. mars 2021, lest 19. september 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/lav-vekst-i-helseutgiftene-i-2020>.
34. Fineide MJ. Kapittel 6: Proessorienterte modeller - tre organisatoriske utfordringer. I: Bjørkquist C, Fineide MJ, red. *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse og velferdstjenester*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. s. 145-68.
35. Helse- og omsorgsdepartementet. *Sammen - mot kreft. Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017*. Oslo; Helse og omsorgsdepartementet; 2013.
36. Helse- og omsorgsdepartementet. *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.
37. Meld St. 34. (2015-2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
38. Melby L, Brattheim B, Das A, Gilstad H, Gjøsund G, Håland E, et al. Pakkeforløp for kreft: erfaringer blant helsepersonell og pasienter. Sluttrapport fra den forskningsbaserte evalueringen av pakkeforløp for kreft [Nettdokument]. SINTEF; 2021 [Oppdatert 15. mars 2021, lest 10. september 2021]. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/11250/2738723>.
39. Helse- og omsorgsdepartementet. *Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
40. Kamp A, Holen M. Brukerinndragelse; ny professionalisme og nye omsorgsrum? *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*. 2018;3(01):47-57.
41. Askheim OP. Brukermedvirkning; fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2020;23(03):170-86.

42. Andersen-Hollekim T, Melby L, Sand K, Gilstad H, Das A, Solbjør M. Shared decision-making in standardized cancer patient pathways in Norway-Narratives of patient experiences. *Health Expect.* 2021.
43. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
44. Asplin M, Fagermoen E. Hvordan sammenlikner vi kvalitet i helsetjenesten? *Tidsskr Nor Legeforen.* 2015;135:1112-3.
45. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [Lest 20. september 2021]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf).
46. Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Med.* 2016;14:35.
47. Helsedirektoratet. Generell informasjon om pakkeforløpene for kreft [Nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [Oppdatert 14.okt 2016; lest 26. oktober 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft>.
48. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns.* 2015;98(10):1172-9.
49. Johnsen Å. Resultatstyringens mytologi: Hvorfor bruker forvaltningen mål- og resultatstyring når dette er så omstridt? *Nordiske Organisasjonsstudier.* 2010;12(1):5-28.
50. Asmirajanti M, Syuhaimie Hamid AY, Hariyati TS. Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: a literature review. *Enfermería Clínica.* 2018;28:240-4.
51. Sjetne IS, Holmboe O. Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet. PasOpp-rapport 2020:839. 2020; Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

52. Helsedirektoratet. Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft [Nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [Oppdatert 14. oktober 2016, lest 16 mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftomradet>.
53. Bohmer RMJ. The Four Habits of High-Value Health Care Organizations. *N Engl J Med*. 2011;365(22):2045-7.
54. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-81.
55. Håland E, Melby L. Individualisert standardisering? *Norsk sosiologisk tidsskrift*. 2017;1(5):380-98.
56. Melby L, Haland E. When time matters: a qualitative study on hospital staff's strategies for meeting the target times in cancer patient pathways. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):210.
57. Vanhaecht K, De Witte K, Panella M, Sermeus W. Do pathways lead to better organized care processes? *J Eval Clin Pract*. 2009;15(5):782-8.
58. Helse- og omsorgsdepartementet. Styringsmål 2021. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2021.
59. Helsedirektoratet. Statistikk fra NPR - Pakkeforløp for kreft - Indikatorer for aktivitet og forløpstid [Nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [Oppdatert 27. november 2020, lest 21 september 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/pakkeforlop-for-kreft-indikatorer-for-aktivitet-og-forlopstid#datakilde>.
60. Faber MJ, Grande S, Wollersheim H, Hermens R, Elwyn G. Narrowing the gap between organisational demands and the quest for patient involvement: The case for coordinated care pathways. *International Journal of Care Coordination*. 2014;17(1-2):72-8.
61. Vanhaecht K, Ovretveit J, Elliott MJ, Sermeus W, Ellershaw J, Panella M. Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate? *Eval Health Prof*. 2012;35(1):28-42.
62. Christensen T, Lægreid P, Stigen IM. Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform. *International Public Management Journal*. 2007;9(2):113-39.
63. Lægreid P, Neby S. Gaming, Accountability and Trust: DRGs and Activity-Based Funding in Norway. *Financial Accountability & Management*. 2016;32(1):57-79.

64. Ådnanes M, Høiseith JR, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen SL. Rapport: Pakkeforløp for psykisk helse og rus - brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Oslo: SINTEF; 2021.
65. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
66. Munk R, Storheim K, Zwart J-A, Hartvigsen J, Skonnord T, Vigdal ØN, et al. Mens vi venter på nye retningslinjer for behandling av korsryggsmerter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2020;140(8):1-3.
67. Risberg MA, Holm I, Engebretsen L, Nordsletten L. Pakkeforløp for pasienter med muskel- og skjelettplager? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2018;138(17).
68. Holm I, Pripp AH, Risberg MA. The Active with OsteoArthritis (AktivA) Physiotherapy Implementation Model: A Patient Education, Supervised Exercise and Self-Management Program for Patients with Mild to Moderate Osteoarthritis of the Knee or Hip Joint. A National Register Study with a Two-Year Follow-Up. *J Clin Med*. 2020;9(10).
69. Danske Regioner. Kiropraktik [Nettdokument]. København, Danmark: Danske Regioner. [Lest 2. oktober 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.regioner.dk/sundhed/praksissektoren/kiropraktik>.
70. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002;122:2468-72.
71. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utgave ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
72. NSD - Norsk senter for forskningsdata. Melde endringer i meldeskjema [Nettdokument]. Bergen, Norge: NSD - Norsk senter for forskningsdata; [Lest 15. september 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema/>.
73. Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2020;21(1):37-47.
74. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
75. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *The Lancet*. 2018;391(10137):2384-8.

76. Buchbinder R, Underwood M, Hartvigsen J, Maher CG. The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update. *Pain*. 2020;161 Suppl 1:S57-S64.
77. Sundhedsstyrelsen. Funktionelle lidelser - anbefalinger til udredning behandling rehabilitering og afstigmatisering [Nettdokument]. København, Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2018 [Oppdatert 01. juni 2018, lest 27. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Funktionelle-lidelser---anbefalinger-til-udredning-behandling-rehabilitering-og-afstigmatisering.ashx?la=da&hash=FDE9CAF9DB39B3E49E048125A3D46F4F1B090C7B>.
78. Høyre. Gode resultater med pakkeforløp for kreft [Nettdokument]. Oslo: Høyre; 2017 [Oppdatert 31. august 2017, lest 19. november 2020]. Tilgjengelig fra: <https://hoyre.no/aktuelt/nyheter/2017/gode-resultater-med-pakkeforlop-for-kreft/>.
79. Ruud S. Høie mener Støre fremstiller pakkeforløp for psykisk syke som noe annet enn det er [Nettdokument]. Oslo: Aftenposten; 2021 [Oppdatert 9. april 2021, lest 12. november 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/PRJ115/hoeie-mener-stoere-fremstiller-pakkeforloep-for-psykisk-syke-som-noe-anne>.
80. Helsedirektoratet. Om Helsedirektoratets normerende produkter [Nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [Oppdatert 6. februar 2019, lest 10. november 2021]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>.



# VEDLEGG

## VEDLEGG 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

### **Vil du delta i forskningsprosjektet** *«Pakkeforløp på muskelskjelett- hvorfor og hvordan»?*

Vi ønsker din deltakelse i et forskningsprosjekt hvor formålet er å analysere pakkeforløp på muskelskjelett. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Studiet er en masteroppgave, og Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

#### **Formål**

I forbindelse med min mastergrad i helseadministrasjon ved UIO ønsker jeg å se på bakgrunnen for, og den planlagte implementeringen av, pakkeforløp for muskelskjelettplager. Jeg ønsker å belyse de helsepolitiske målsetningene for innføring av pakkeforløp, erfaringer knyttet til utformingen av pakkeforløpene, og hvordan sluttbrukere i form av profesjonsforeninger og pasientforeninger oppfatter tiltaket. For å gjennomføre dette ønsker jeg å intervju nøkkelpersoner fra Helse- og omsorgsdepartementet som oppdragsgiver, Helsedirektoratet, som ansvarlig for utarbeidelse og et utvalg profesjonsforeninger og pasientforeninger, som fremtidige sluttbrukere.

Opgaven vil ikke strebe etter å gi et svar på hvorvidt pakkeforløp på muskelskjelett bør innføres i Norge, men heller belyse kompleksiteten bak utviklingen og bakgrunn for behov for tiltak. Opplysningene du bidrar med vil være med på å kartlegge hvordan ulike interessenter har arbeidet med og oppfatter tiltaket og kompleksiteten bak utviklingen av bakgrunnen for tiltaket. Opplysningene vil bli innhentet ved bruk av enkeltintervjuer over zoom eller teams.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Jeg ønsker å intervju nøkkelpersoner fra Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og utvalgte profesjonsforeninger og pasientforeninger. Spørsmålene vil variere noe i henhold til arbeidssted, men vil dreie seg om intervjuobjektets tanker om behovet og bakgrunnen for innføringen av pakkeforløp på muskelskjelett, hva som har vært gjeldende utfordringer og målsetninger med forløpene, og hvordan pakkeforløp på muskelskjelett skiller seg fra andre pakkeforløp. Intervjuene tas opp på lydband og transkriberes. Det blir satt av inntil 45 minutter til intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Mette Wangberg Storhaug, tlf.: 977 63 086.

#### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Studenten er den eneste som vil ha tilgang til selve lydopptakene. Ettersom antall deltakere er lavt er det ikke nødvendig med identifisering av deltakere utover navn og arbeidssted, i tillegg til at e-post adresse er nødvendig for

kontakt og samtykke. Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på en egen fysisk navneliste adskilt fra øvrige data. Dataene vil bli anonymisert i oppgaven, med unntak av arbeidssted.

Ettersom antall intervjuer er lavt er det en mulighet for at den enkelte vil kunne gjenkjennes i materialet som blir publisert i masteroppgaven. All informasjon jeg vil benytte i oppgaven vil sendes til deg for gjennomlesning og godkjenning før disse blir publisert.

Opplysningene dine vil bli behandlet som beskrevet basert på ditt samtykke.

Behandlingsansvarlig institusjon er Universitetet i Oslo.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av desember 2021. Etter at oppgaven er ferdig og godkjent slettes alle lydopptak og transkriberinger. Endelig dato for godkjenning av oppgaven er berammet til innen 1. februar.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved Anne Karin Lindahl (veileder/prosjektansvarlig), tlf.: 93011169
- Student Mette Wangberg Storhaug, tlf.: 97763086

Har du spørsmål eller bekymringer vedrørende studien kan dette også meldes til personvernombudet ved UiO: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

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.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

---

### **Samtykkeerklæring**

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

Jeg samtykker til å delta i intervju, og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)