

# Behandling av kreftsyke mennesker i distriktet

Hvordan behandles kreftsyke pasienter i et utvalgt distrikt i Nord-Norge, og hvordan samarbeider første- og andrelinjetjenesten om denne oppgaven

5. årsoppgave i stadium IV  
medisinstudiet ved universitetet i Tromsø

Ingvild Bardal og Hanne Boksasp Sveggen – MK-04  
Veiledere: Knut Holtedahl og Anna Luise Kirkengen

Tromsø 19.09.09

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Resymé.....</b>	<b>s 3</b>
<b>2. Innledning.....</b>	<b>s 4</b>
<b>3. Metode og material.....</b>	<b>s 5</b>
<b>4. Resultat.....</b>	<b>s 7</b>
<b>4.1. Hvordan behandles kreftsyke pasienter i en nordnorsk kommune?...</b>	<b>s 7</b>
<b>4.1.1. De ulike aktørene i behandlingsskjeden.....</b>	<b>s 7</b>
<b>4.1.2. Kreftbehandling som tilbys i denne kommunen.....</b>	<b>s 7</b>
<b>4.1.3. Behandlingens lokalisasjon .....</b>	<b>s 8</b>
<b>4.1.4. Ansvar og praktisk gjennomføring.....</b>	<b>s 8</b>
<b>4.1.5. Endring over tid.....</b>	<b>s 10</b>
<b>4.2. Hvordan foregår samarbeidet mellom linjene i behandling av pasienter med kreft?.....</b>	<b>s 11</b>
<b>4.2.1. Samarbeidet lokalt .....</b>	<b>s 11</b>
<b>4.2.2. Samarbeidet sykehus- distrikt.....</b>	<b>s 11</b>
<b>4.2.3. Menneskelige ressurser av betydning for behandlinga ....</b>	<b>s 12</b>
<b>4.2.4. Tanker rundt det å behandle pasienter med kreft i distrikt</b>	<b>s 13</b>
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>s 15</b>
<b>5.1. Metodediskusjon.....</b>	<b>s 15</b>
<b>5.2. Resultatdiskusjon.....</b>	<b>s 16</b>
<b>6. Konklusjon.....</b>	<b>s 19</b>
<b>7. Kilder.....</b>	<b>s 20</b>
<b>8. Vedlegg.....</b>	<b>s 20</b>

## **1. Resymé**

Vi bygger denne oppgava på dybdeintervjuer med seks aktører i første- og andrelinjetjenesten. Intervjuene ble gjennomført under et besøk i en distriktskommune i Nord-Norge, samt ved universitetssykehuset (UNN). Informasjonen vi har samlet har gitt oss et inntrykk av hvordan kreftsyke pasienter behandles, og hvordan første- og andrelinjetjenesten samarbeider om denne oppgaven. Vi har oppsøkt og dybdeintervjuet helsearbeidere som er aktører i en behandlingkjede som forbinder pasienten i distriktet med kreftavdelingen på universitetssykehuset (UNN). Intervjuene speiler erfaringer som de enkelte aktørene har gjort over tid. De omfatter også refleksjoner og tanker om muligheter og begrensninger og om utfordringene som knytter seg til dette arbeidet over linjeskillet. Vi har kunnet utforske dette ved å la alle deltakere i en slik kjede komme til orde: i alt seks helsearbeidere, fire i kommunen og to på universitetssykehuset (UNN).

Gjennom samtalene, og våre analyser av disse, har vi fått innblikk i hvordan samarbeidet mellom sykehuset og distriktshelsetjenesten fungerer på ulike plan. Det har kommet fram mange aspekter som fungerer bra, og noen som trolig har forbedringspotensiale. Det fagpersonene sa om pasientenes respons på dette spesielle behandlingstilbudet gir grunn til å anta at det verdsettes av de aller fleste. Det er flere kommuner i Nord-Norge som tilbyr ulike former for kreftbehandling. Kommunen vi har valgt blir derfor et eksempel på hvordan slik behandlingen kan være organisert, samt en modell for hvordan første- og andrelinjetjenesten kan samarbeide omkring pasienter med ulike typer kreftsykdom.

## 2. Innledning

Beregninger fra Kreftregisteret viser at forekomsten av kreftsykdommer i Norge har økt i løpet av det siste tiåret. Antall krefttilfeller kommer trolig til å øke med om lag 30 prosent frem mot 2020 (1). I følge lovverket har alle pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, krav på en individuell plan (2). Dette gjelder på alle trinn i sykdomsprosessen og forplikter kommunene til å ha et tilbud til pasienter med kreftsykdom.

Allmennpraktikeren deltar aktivt i diagnostikkfasen, mens selve kirurgien, strålebehandlingen og oftest også kjemoterapien foregår på sykehus. Til lokalsamfunnet, så sant dette har tilgang til sykestuer eller øremerkede sykehjemsplasser, kan det bli delegert sykehusoppgaver, slik som administrasjon av cellegift og enkelte andre medikamenter. I senere faser i behandlingsforløpet kan disse plassene brukes til behandling av smerter hos de samme pasientene, og til terminal omsorg. I teorien rår dagens medisin over svært gode muligheter for å lindre de aller fleste plagene hos mennesker med kreft, også ved fremskreden sykdom.

Da vi startet med oppgaven, hadde vi en intensjon om å kartlegge *hva slags* kreftbehandling som blir tilbudt i distriktet. Etter hvert som oppgaven skred fram ble vi imidlertid mer opptatt av *hvordan* dette tilbudet var *utformet*. Dessuten ønsket vi å få innblikk i hvilke *erfaringer* helsepersonell som har ansvar for kreftsyke pasienter i distrikt gjør i sitt daglige arbeid. Spesielt ville vi vite hvordan de opplevde å samarbeide med spesialistene i andre- og tredjelinjen med henblikk på definisjon av ansvarsområder og faglige vurderinger i løpet av ulike behandlingsforløp. Slik ble begrepet "samarbeid over linjeskillet" etter hvert sentralt for oss. Vi var interessert i erfaringene blant helsepersonell som utøver behandling i førstelinjen. Slik behandling er nødvendigvis krevende og innovativ. Den finnes ikke overalt og kan vanskelig "standardiseres" men må tilpasses den til enhver tid rådende kontekst og den syke personens spesielle behov. Vi ønsket å få fram personlige erfaringer, deres individuelle tolkninger av opplevelser og hendelser, som preges av det man forut for denne opplevelsen har erfart. En godt egnet metode for å nå en slik erfaringsverden, er en samtale om noen utvalgte emner som er formulert så åpent som mulig (3-9). Derfor valgte vi semistrukturerte dybdeintervjuer med aktørene i et kommunalt behandlingstilbud som veien til å utforske og få innsikt i hvordan et slikt tilbud fungerer i den daglige medisinske praksis i en norsk distriktskommune.

Med bakgrunn i dette ønsket vi å besvare følgende problemstilling: Hvordan behandles kreftsyke pasienter i et utvalgt distrikt i Nord-Norge, og hvordan samarbeider første- og andrelinjetjenesten om denne oppgaven?

### **3. Metode og material**

Med utgangspunkt i det vi ønsket å få vite om behandlingen av kreftsyke pasienter i distriktet utarbeidet vi en intervjuguide (Vedlegg 1, intervjuguide distrikt). I dette arbeidet støttet vi oss til Kvale (3) og Malterud (5), samt Dehlholm-Lambertsen og Maunsbach (7). På grunnlag av denne guiden intervjuet vi først fire fagpersoner i det kommunale helsevesenet med tilknytning til behandling av pasienter med kreft i distriktet, og deretter to fagpersoner fra onkologisk avdeling ved sykehuset (UNN).

Vår oppgave er å anse som en forundersøkelse i forbindelse med et større studium i regi av vår veileder Knut A. Holtedahl. Ved hjelp av veileder kontaktet vi aktuelle informanter. Den aktuelle kommunen ble valgt fordi det er en kommune som tilbyr oppfølgende behandling i hjemkommunen til pasienter med kreftsykdommer. Vi tilskrev kommunelegen, og han formidlet vår henvendelse til de andre aktuelle informantene i kommunehelsetjenesten og gjorde avtaler på våre vegne.

I en liten (om lag 1000 innbyggere) nordnorsk kommune, ca 230 km fra universitetssykehuset (UNN), intervjuet vi fagpersoner som er involvert i denne kommunens omsorg for kreftsyke pasienter. Disse fagpersonene var to kommuneleger, en kommunal kreftsykepleier og en sykepleier på sykestua. Samtalene med disse fire personene fant sted på deres respektive kontor uten andre til stede. Dette for å sikre at alle kunne snakke fritt. Samtalene varte fra 26 til 42 minutter, og ble tatt opp på lydbånd med våre samtalepartneres samtykke. Vi tok også notater under intervjuene. Opptakene ble senere ordrett utskrevet av oss begge, inkludert alle nonverbale og paraverbale ytringer. Dette for å sikre at vi hadde komplette tekster. Så redigerte vi tekstene med henblikk på lesbarhet og tydelighet ved å fjerne alle ikke-verbale elementer. Utskrift og redigeringen ble foretatt av begge tekstforfatterne.

I neste fase intervjuet vi to fagpersoner, en onkolog og en kreftsykepleier, som er knyttet til den onkologiske avdelingen ved universitetssykehuset (UNN) hvor de fleste kreftsyke pasientene i kommunen primært blir behandlet. Veileder var behjelpelig med å sette oss i kontakt med disse. Samtalene med informantene gav oss muligheter til både å validere og utdype det vi hadde hørt angående erfaringene fra fagpersonene i distrikt.

På grunnlag av erfaringer og informasjon vi innhentet ved våre besøk i distriktet, utformet vi en ny guide til intervjuene på sykehuset (Vedlegg 1, intervjuguide sykehus). Intervjuet med onkologen ble gjort på hans kontor, mens intervjuet med kreftsykepleieren ble gjort på et pauserom. Disse intervjuene ble gjennomført, transkribert og redigert på samme måte som vi gjorde med intervjuene fra kommunen i distriktet, med unntak av intervjuet med kreftsykepleier, hvor vi fikk problemer med opptakeren. Dette førte til at vi ikke fikk med alt på båndet. Vi måtte derfor under etterarbeidet støtte oss på våre egne notater gjort under intervjuet.

Derved bestod vårt materiale av 6 dybdeintervjuer som til sammen tilsvarte 2 timer og 54 minutter samtale og 70 sider uredigert tekst, noe som etter bearbeidingen tilsvarte 32 sider med redigert tekst.

For å analysere intervjuene baserte vi oss på systematisk tekstkondensering, en metode som er beskrevet av Malterud under henvisning til Miller and Crabtree`s editing analysis style (5, 6). Analysen består av fire trinn:

- 1) Lese teksten flere ganger og få et helhetsinntrykk.
- 2) Identifisere meningsbærende enheter
- 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og lage kategorier.
- 4) Sammenfatte og reorganisere teksten.

Vi gjorde begge denne analysen uavhengig av hverandre. I første omgang leste vi de transkriberte intervjuene med et mest mulig nøytralt blikk, og markerte meningsbærende enheter i form av stikkord og setninger som framsto for oss som viktige. De meningsbærende enhetene ble deretter sortert under ulike kategorier, ut ifra innhold. I dette arbeidet støttet vi oss i tillegg til intervjuguiden, og vi brukte vår erfaring og inntrykk fra selve intervjusituasjonene. Deretter diskuterte vi våre tolkninger av de elementene som vi i utgangspunktet hadde kategorisert noe ulikt. Så justerte og sammenfattet kategoriene til vi var enige om å ha oppnådd mest mulig grad av tetthet, ved at materialet ble grundig belyst fra flere synsvinkler, og av flere personer. Disse kategoriene vil bli presentert under kapittel 4, resultat, hvor vi har valgt å ha de som underordnete overskrifter.

Våre informanter representerer de ulike leddene i behandlingkjeden rundt kreftpasienten, og er med og gir et helhetsbilde av omsorgen rundt den kreftsyke pasienten. Da et lite samfunn er gjennomskinnelig og man med enkelhet kan identifisere hendelser, beskrivelser og personer, har vi valgt å anonymisere informantene og kommunen.

Informant 1: Mannlig kommunelege 1 i kommunen.

Informant 2: Kvinnelig kreftsykepleier i hjemmetjenesten i kommunen.

Informant 3: Kvinnelig avdelingssykepleier på sykestua i kommunen.

Informant 4: Mannlig kommunelege 2 i kommunen.

Informant 5: Kvinnelig avdelingssykepleier på poliklinikken ved sykehuset.

Informant 6: Mannlig lege ved kreftavdelingen på sykehuset.

## **4. Resultat**

### **4.1. Hvordan behandles kreftsyke pasienter i en nordnorsk kommune?**

#### **4.1.1. De ulike aktørene i behandlingsskjeden**

Kommunen som vi har valgt, har egen sykestue med 10 senger, hvorav 6 er knyttet til Helse Nord sitt rehabiliteringsteam. Hovedandelen er eldre pasienter som trenger behandling for hjertekarsykdommer og infeksjoner eller må observeres på grunn av nedsatt almenntilstand. I følge kommunens egne hjemmesider er pasienter med kreft en økende gruppe. Kommunen har også egen fødestue som er underlagt Helse Nord. Vi fikk opplyst at plassene på fødestuen kan bli brukt til ulike typer behandling av pasienter med kreft såfremt det er ledig kapasitet.

Kommunen har tre legestillinger. Alle tre stillinger medfører plikt til å delta i omsorgen rundt pasienter med kreft. Kommunen har også en egen kreftsykepleier som deltar aktivt i behandling, tilrettelegging og omsorg for flere pasienter i denne gruppen. Annet helsepersonell slik som hjelpepleiere og sykepleiere i hjemmetjenesten og på sykestua, samt fysioterapeuter, er også involvert i tilbudet kommunen gir til pasienter med kreftsykdom.

#### **4.1.2. Kreftbehandling som tilbys i denne kommunen.**

Følgende behandlinger – med kurativt eller palliativt siktemål - kunne helsepersonellet i kommunen tilby sine pasienter:

-Behandling med Cytostatika: Pasientene starter kuren på sykehuset, for så å reise hjem og fortsette med kuren ved å komme til sykestua på dagtid, eller ved å bli innlagt på sykestua.

-Smertelindring: Kommunen har ansatt en sykepleier på sykestua som har etterutdanning i smertebehandling. Etter informantenes oppfatning hever dette kvaliteten på omsorgen for de kreftsyke og er et viktig tilbud. Sykestua har kapasitet og utstyr til å få analysert blodprøver på dagen, hvilket gjør det mulig å kunne justere og kontrollere behandlingen med smertestillende midler nøye og raskt.

- Kvalmestillende behandling: Mange av kreftpasientene er plaget med mye kvalme, både på grunn av smerter, selve sykdommen og bivirkninger av medikamentene de måtte få.

- Implantater ved prostatakraft: Implantatet injiseres subkutant (på abdomen) hver 4. uke eller hver 3. måned, avhengig av type preparat og styrke. Denne prosedyren utføres av fastlegen.

-Parenteral ernæring: Pasientene som er innlagt på sykestua kan få parenteral ernæring ved behov. Dette tilbudet gjelder også for pasienter som ønsker å bo hjemme: de er hjemme om dagen og får ernæring om natten mens de ligger på sykestua.

### **4.1.3. Behandlingens lokalisasjon.**

Behandlingen som tilbys i denne kommunen finner sted både i hjemmet til hver enkelt pasient og/eller på den lokale sykestua. På sykestua kommer det både pasienter for poliklinisk behandling (cytostatika) og for innleggelse på grunn av økt omsorgs- og behandlingsbehov. Hvor hver enkelt pasient får sin behandling og omsorg blir avgjort gjennom samarbeid og i dialog mellom pasienten, pårørende, avdelingen på sykehuset, kreftsykepleieren i kommunen og fastlegen.

Informant 2 (kreftsykepleier) forteller at de fleste syke synes hjemmet er den beste plassen å være. Men flere pasienter inngår individuelle avtaler som trer i kraft ved situasjoner som er definert på forhånd. For eksempel kan en pasient ha sagt: ”når jeg blir så og så syk, ønsker jeg å komme på sykestua”. Sykestua er da forberedt på at en bestemt syk person som fortsatt er hjemme, ønsker å bli lagt inn når han eller hun blir så dårlig at vedkommende f.eks. trenger hjelp til personlig hygiene.

Informant 4 (kommunelege 2) utdyper dette som følger:

De kommer hvis de trenger for eksempel justering, tett justering av smertestillende medisiner. Hvis de selv ønsker å komme. Hvis de trenger mere stell og mere pleie [enn hjemmesykepleien kan make eller gi dem], og selvfølgelig hvis de blir for svak. Eller hvis familien ikke orker å stelle og pleie pasienten, så kan de til enhver tid komme til sykestua. Vanligvis har vi bra kapasitet, og det er ofte planlagt, vi vet at kanskje om noen tid det blir aktuelt å innlegge på sykestua. Og da, i den preterminale og terminale fasen da pasienten er på sykestua, behandler vi etter retningslinjer. Sånn at det reduseres på alle unødvendige medisiner, de får smertestillende, og de får medisiner mot kvalme, mot angst, uro. Eller alt som innebærer lindrende behandling ja.

### **4.1.4. Ansvar og praktisk gjennomføring**

Det er fastlegen til hver enkelt pasient som er ansvarlig for dennes behandling, når behandlingen finner sted i kommunen. Men som informant 1 (kommunelege 1) opplyser, er sykehuset ansvarlige for å initiere behandlingen, mens det skisserte behandlingsregimet blir fulgt opp av fastlegen når pasienten kommer hjem til kommunen. Etter oppstart av behandlingen på sykehuset, får pasienten ofte to til tre cytostatikakurer i hjemkommunen før han/hun igjen reiser til sykehuset for den fjerde kuren samt evaluering med røntgen og andre aktuelle undersøkelser.

Informant 2 (kreftsykepleier) formidler:

Det blir jo gjerne et skille mellom hjemmet og institusjon. Når pasienten er på institusjon er han jo innlagt for noe, og da er det fastlegen eller den som har ansvar for sykestua som har ansvaret (...) Er de [pasientene] hjemme er det fastlegen som har det medisinske ansvaret. Jeg [kreftsykepleier] jobber da tett med fastlegen. Enkelte ganger får jeg delegering fra dem, slik at jeg ikke trenger å kontakte dem hver gang det er noe. For eksempel enkelte ganger ved økning av Dolkontin, har jeg fullmakt som de ”velsigner” i ettertid. Jeg skriver på medikamentkortet og får godkjenning/signatur i etterkant. Det blir på en måte jeg som koordinerer og holder i trådene og har oversikt.



Jeg kan koble inn andre instanser, det kan være psykolog, prest. En prøver å se om andre kan hjelpe, for alene klarer man ikke det her (...).

Informant 1 (kommunelege 1) opplyser at legenes rolle i det praktiske rundt cytostatikabehandling er å se på tilbakestrøm av blod før cytostatikaen går inn, samt å kontrollere at det er riktig medisin og dose. Han forteller videre at det er kreftsykepleieren som utfører største delen av den praktiske gjennomføringen av cytostatikakurene. Utover cytostatikabehandlinga er det også mange andre aspekter som må ivaretas hos en pasient med kreft, her har kreftsykepleieren en viktig rolle. Samme informant forteller at når han får en pasient med cancerdiagnose blir vedkommende spurt om han eller hun ønsker kontakt med kreftsykepleier. Dersom pasienten ønsker dette, formidler legen kontakt med kreftsykepleier.

Informant 2 (kreftsykepleier) forteller at det er hun som blander cytostatikakurene, og at denne prosedyren utføres under avtrekk. Det er viktig at kommunen har de tekniske forutsetninger for dette da det er for lang vei og for kort holdbarhet på medikamentene til å sende kurene ferdigblandet fra sykehuset. Når kurene skal blandes har kreftsykepleieren alltid med seg en annen sykepleier for at det skal være to som kontrollerer at prosedyren blir riktig. Deretter kontrollerer fastlegen cytostatikakuren, med henblikk på riktig medikament og riktig dose.

Informant 3 (avdelingssykepleier på sykestua), forteller at ”det som er styrken her i avdelingen [sykestua] er at vi har lange tradisjoner på kreftbehandling, og at de har et samarbeid med kommunehelsetjenesten (...)”. Her blir kreftsykepleieren trukket fram som spesielt viktig. Man tilstreber å la kreftsykepleieren, som har hovedvekten av arbeidet sitt i hjemmetjenesten, følge opp pasienten når han eller hun blir innlagt på sykestua. Dette skjer ved at kreftsykepleieren blir med på visittene, og eventuelt med i det direkte stellet av pasienten når han eller hun som tidligere har blitt fulgt opp av hjemmetjenesten blir innlagt på sykestua. Det blir også framhevet av informant 3 (avdelingssykepleier på sykestua) at det finnes en sykepleier i avdelingen som har videreutdanning i smertebehandling.

Dette er jo en kompetanse som kommer denne gruppen [pasienter med kreft] veldig godt til nytte. Siden vi har de pasientene kontinuerlig blir de andre som jobber her kompetente til å gå inn i de situasjoner som den pasienten og den familien er oppe i, både rent faglig, og mellommenneskelig. Det å kunne gå inn å både medisinere og ha samtale med dem.

Informant 4 (kommunelege 2) forteller at alle fastlegene i kommunen er aktivt med i behandlingen med cytostatika. ”Vanligvis blir behandlingen instituert på sykehuset, og vi fortsetter med det. Og hun [kreftsykepleieren] (...) er veldig flink til å applisere cytostatika. Men det må være en lege også tilstede”. Legen observerer pasienten, og må være tilgjengelig hele tiden. Informant 4 (kommunelege 2) forteller:

Det er ofte jeg [legen] som er ansvarlig i denne funksjonen, men det gjelder også andre fastleger. Så hvis det er en pasient som har en annen fastlege, så kan det være den som er ansvarlig for cytostatikabehandling (...). Men den største delen som vi gjør i forhold til kreftpasientene, er egentlig til pasienter som enten får tilsyn i hjemmet av kreftsykepleier, og hvor problematikken omtales etterpå i ressursgruppen. Eller hvis hjemmesykepleieren vil, kan de ta akutt kontakt med legen.

Når det gjelder ressursgruppen bidrar legen aktivt med råd og veiledning når tilstanden til de ulike pasientene med kreftsykdom blir tatt opp. Dette blir utdypet under punkt 4.2.1.

#### **4.1.5. Endring over tid**

Alle informantene i kommunen forteller at det ikke finnes noen lokal statistikk eller oversikt over verken eventuell endring i kreftbildet over tid, hvilken kreftbehandling som er blitt gitt, hvilke typer kreft som behandlingen har vært rettet mot, eller hvor stort antall kreftsyke pasienter som er blitt behandlet i rammen av dette tilbudet.

Informant 1 (kommunelege 1), forteller at han for 10 år siden også var med på å gi cytostatika i allmennpraksis, men at det da ikke var noe som het kreftsykepleier i kommunen. Kreftbehandlingen i allmennpraksis har økt i omfang etter at kommunen opprettet en stilling for kreftsykepleier. Det er nå flere pasienter med kreft som blir henvist fra sykehuset, og sykdomsbildene framstår som mer komplisert. De fleste som får intravenøs behandling er pasienter med cancer mammae og lymfomer. Kommunehelsetjenesten har også pasienter med metastasert cancer prostatae, som får subcutane implantater. Per i dag er det ifølge informantene tre personer som får denne formen for terapi. ”Hvis vi går fem år tilbake, så er det vel et videre spekter. Det går vel mest på lymfomene, som tidligere stort sett ble behandlet på sykehuset, mens vi nå har overtatt en god del (...) Den der binyrebarken hadde vi nok aldri hatt uten at kreftsykepleieren hadde vært her altså”.

Informant 2 (kreftsykepleier) har noen synspunkter rundt endringer av alderen til pasienter med kreft over tid: ”ja, for det som sies er at det stort sett er eldre folk som får kreft, og jeg spør hvor er de eldre? De som er 75 – 80 år? For jeg opplever at det er jo faktisk 70 år og nedover at det er syke folk, og stor gruppe på 60 år. (...) Jeg vet ikke om dette er en forandring i løpet av de siste fem årene, jeg vet ikke om de da var på sykehuset eller at vi ikke så dem”. Hun forteller videre at det er mest pasienter med cancer mammae og cancer testis som får kurativ behandling, mens pasientene som mottar palliativ behandling stort sett har gastrointestinal cancer og lymfecancer.

Informant 3 (avdelingsleder på sykestua) reflekterer over belegget på sykestua. ”Fra mitt synspunkt har det de siste årene økt på her i avdelingen [sykestua]. Vi har bestandig hatt kreftpasienter, men det har økt på i forhold til oppgavens art, det er blitt mer komplisert behandling her, og nok flere pasienter som får behandling her. Det er både gjennom sykdomsforløpet og ved livets slutt”. Informanten forteller også at hun merker at ”folk er sykere når dem er hjemme”. På spørsmål om hun syns behandlingen er blitt mere komplisert, svarer samme informant ”ja, egentlig gjennom årene. For eksempel det med parenteral ernæring som vi har mye mer av nå enn før. (...) CVK har vi periodevis inne her, og så har vi de med smertepumpe. I sommer hadde vi en som hadde smertelindrende epidural faktisk, med pumpe”.

Informant 4 (kommunelege 2) oppgir at det har vært lite forandring i selve behandlingen, men at forholdene har endret seg med henblikk på informasjon til pårørende og pasient. Han framhever at helsepersonellet i kommunen er blitt flinkere til å snakke et felles språk til pasientene og pårørende.

## **4.2. Betydningen av samarbeid innen kreftbehandling**

### **4.2.1. Samarbeidet lokalt**

Alle våre informanter i distriktet kommer med eksempler som understreker viktigheten av et godt lokalt samarbeid. På et lite sted er det korte veier fysisk sett, med allmennlege, kreftsykepleier og sykestue i samme bygg. Hjemmetjenesten er delt opp i kun to distrikter, noe som medfører at det er enkelt for kreftsykepleieren å treffe sonelederne. Men som informant 2 (kreftsykepleier) også framhever ”en ting er jo fysisk nærhet, men også den andre er en lett vei å gå... den menneskelige veien”.

Denne kommunen har opprettet en egen ressursgruppe for kreftomsorgen, bestående av kommunelege 2, avdelingssykepleier på sykestua og kreftsykepleier. Informant 3 (avdelingsleder i sykestua) nevner at denne gruppa har utarbeidet ”kvalitetssikringsprosedyrer som går på det å kommunisere med hverandre”. Hun trekker også fram at sykestua har lang tradisjon på kreftbehandling, og ”prøver å ha god kommunikasjon, og prøver å tilrettelegge det sånn at kunnskapen følger pasientene i kreftomsorg”. Det skal være et integrert og helhetlig tilbud, med kontinuitet i måten å jobbe på. Hun nevner i tillegg at noe av det som gjør at de greier å ha en god oppfølging av pasienter med kreftsykdom, er at de har daglige visitter av kommunelegene. Kreftsykepleieren er også med på visittene når det trengs, og hun har kjennskap til pasienten og forløpet når han eller hun eventuelt i ettertid skal være hjemme.

Kreftsykepleieren fungerer som en koordinator for behandlingen i kommunen, samt at det er etablert et interkommunalt nettverk mellom kreftsykepleierne i ulike kommuner. Disse treffes fire ganger i året og utveksler erfaringer. Det virker som kreftsykepleieren gjør en svært viktig jobb med å koordinere et helhetlig tilbud til pasienten, i tillegg til at hun i praksis administrerer mye av behandlingen, selv om det er kommunelegen som står ansvarlig for denne.

### **4.2.2. Samarbeidet sykehus- distrikt**

Det framgår av informantene på kreftavdelinga at det kan være stor forskjell fra distrikt til distrikt når det gjelder sykehusets samarbeid med den enkelte kommunens helsetjeneste. Informant 5 (poliklinisk sykepleier) forteller:

Det er jo en del helsesentre som ikke synes at de har ressurser nok til å hjelpe pasienter på hjemstedet (...) også går det litt på innstillinga i miljøet, for det er utrolig smittosomt dersom noen begynner å klage over at det er mye å gjøre. Det smitter fort til de andre, og da får du bare en avvisende tone når du ringer og spør om de kan hjelpe oss og pasienten til å få lov til å få behandling på hjemstedet. Vi vet de kan, de har vært her til opplæring (...) men det kommer litt an på stemninga.

Våre informanter i distriktet, på den andre siden, virket stort sett å være fornøyde med samarbeidet med sykehuset. Det er fra deres side ikke etablert noen regelmessig kontakt, men at kreftsykepleier og legene i distriktet ringer og snakker med vakthavende kreftlege ved behov. Informant 1 (kommunelege 1) sier om kreftavdelingen: ”De skal ha mye ros, både for epikrisefarten, og det at det er mulighet for å ringe og diskutere, meget bra avdeling på den måten”. Hans oppfatning er at kreftavdelinga utmerker seg som god å samarbeide med i

forhold til andre avdelinger på sykehuset. Informant 2 (kreftsykepleier) sitt utsagn ”og så har vi jo sykehuset i bakhånd. De har vi brukt i perioder når vi er usikre, eller står litt fast. Så det er kjempegod hjelp, ellers hadde vi ikke turt det her” understreker viktigheten av et nært samarbeid mellom sykehuset og distriktet.

Selv om de som arbeider i distriktet stort sett er fornøyde med samarbeidet, har de også noen tanker om hva som kunne ha vært bedre. Det handler om et mer formalisert samarbeid og mer fysisk kontakt, for å kvalitetssikre behandlinga og gi kompetanseheving. Informant 2 (kreftsykepleier) nevner at en av målsetningene kunne være å få til samarbeidsmøter med sykehuset:

Å finne ut hvem som skal samarbeide og hvorfor det er nødvendig. Er det kreftavdelingen på sykehuset? Eller er det kanskje andre, eller flere? For eksempel er det blant annet en poliklinisk virksomhet å gi cytostatikabehandling. Vi avlaster jo sykehuset på en måte. Er det derfor den biten man må ivareta, bedre og utvikle? Eller er det generelt det her med avansert lindrende behandling i kommunen? Vi trenger et tett bånd mellom kommunen og sykehuset. Mer fast, med en åpen linje dit. Det at vi drar til sykehuset og treffer de, og at de kommer hit for å se. Dette skjer, men ikke fast.

Informant 3 (avdelingsleder på sykestua) har også forhåpninger om dette, og håper at samarbeidet skal bli tettere dersom man i fremtiden får definert behandlinga på sykestua som spesialisthelsetjeneste. Dette bekreftes også av informant 6 (onkolog) på sykehuset, som sier at det ikke eksisterer noe formalisert samarbeid med distriktet. Avdelingens ansikt utad mot kommunehelsetjenesten er hovedsaklig epikrisen og en åpen telefonlinje. Men også denne informanten nevner at man kunne ha laget noen fastere samarbeidsformer, og at det burde være en ”åpen dør, at de [helsearbeidere i distriktet] kan komme og hospitere”.

Viktigheten av god og tett samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten framheves også av flere av informantene, med tanke på hver enkelt pasients individuelle helseomsorg. Han eller hun skal ikke være nødt til å gå fra sted til sted og spørre, men helsepersonellet bør være i stand til å samarbeide og koordinere helsetilbudet, og informasjonen som blir gitt, på en forsvarlig måte. Det er videre en nødvendighet at epikrisen er på plass i distriktet så fort som mulig etter utskrivelse. Den opplyser om hva som har skjedd og hva som skal skje videre, noe som igjen skaper trygghet for pasienten.

Informant 4 (kommunelege 2) trekker fram viktigheten av et godt samarbeid i tilfelle nyoppdaget kreft. Han gir et eksempel der han klinisk hadde sterk mistanke om prostatakraft. Pasienten ble henvist med et uttrykkelig ønske om snarlig undersøkelse, men beklageligvis skjedde det ingenting. Henvisningen ble purret på uten at det skjedde noe mer. Denne forsinkelsen førte til at pasienten litt senere måtte bli innlagt med akutt urinretensjon. Heller ikke da ble det foretatt noen utredning. Pasienten fortsatte å ha betydelige prostataproblemer, og etter et halvt år ble han igjen innlagt og fikk da konstatert prostatakraft. Mannen har i dag metastaser og er under behandling. Informanten understreker derfor senere i intervjuet hvor viktig det er ” at man tar på alvor fastlegens diagnose eller mistanke om kreft”.

#### **4.2.3. Menneskelige ressurser av betydning for behandlinga**

Informant 5 (poliklinisk sykepleier) poengterer at en av forutsetningene for i hvor stor grad samarbeid med distriktet lykkes, er hvor stor vilje det er i den enkelte kommune til å ta i mot

og behandle kreftpasienten lokalt. Det igjen henger sammen med både økonomiske, faglige og menneskelige ressurser. En kommune med kreftsykepleier, eller annet helsepersonell med spesialkompetanse innen kreftbehandling, vil være bedre rustet til å ta denne utfordringen. De vil trolig også være mer motiverte til det, uavhengig av knappe ressurser. I "vår" kommune, som i mange andre, skal sengeplassene fordeles og disponeres etter økonomiske betingelser. Informant 4 (kommunelege 2) forteller at sykestua nesten er omgjort til et sted for palliativ behandling. Stort sett fungerer dette bra, men det reduserer kapasiteten for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Det medfører at man igjen må legge inn flere av disse pasientene på sykehuset, fordi man mangler lokale sengeplasser.

Uten kreftsykepleieren ville sannsynligvis ikke kreftpasientene hatt det samme tilbudet som de har nå. Som informant 1 (kommunelege 1) sier "vi ser i alle fall stor nytte av at vi har fått det [kreftsykepleier]. Det er ingen overdrivelse," og han nevner også at "det er rett dame på rett plass".

Arbeidsoppgavene til kreftsykepleieren er ifølge informant 2 (kreftsykepleier) som følger:

Det kan være møter, koordinering, veiledning, eller bare det å holde i trådene. Kontakt med andre etater og avdelinger. Jeg sitter også i en ansvarsgruppe rundt en pasient. Jeg vil være der pasientene er, og jeg vil være direkte involvert. Jeg skal kunne utøve det som er tillagt den stillinga som kreftsykepleier, med den kunnskapen det innebærer. Derfor mener jeg det er viktig at jeg er delaktig, og får se og oppleve det som skjer. Dette har jeg fått veldig god tilbakemelding på.

Informant 3 (avdelingsleder på sykestua) trekker fram viktigheten av kompetanseheving i distriktet. Ved alvorlig kreftsykdom er det en hel familie som rammes, og mange signaliserer at de vil være nær sine nærmeste når de blir syke. Hun mener at hvis man skal gi en god kreftbehandling er det dette nivået man bør satse på. I fremtiden vil det kanskje trenge flere kreftsykepleiere, som får muligheten til å oppdatere seg faglig på en mer økonomisk måte enn i dag. "Jo nærmere du er de sentrale utdanningssystemene, jo rimeligere er det å ta utdanning. For du slipper boutgifter, reiseutgifter". Hun mener at man må satse mer på desentraliserte utdanningsmuligheter, sånn at menneskene som bor i distriktet kan få en mulighet til å utdanne seg.

Informant 5 (poliklinisk sykepleier) og 6 (onkolog), sier at de jevnlig har allmennleger i deres avdeling som fordyper seg i onkologi. "Og det har vært kjempenyttig. Flere av de benytter vi aktivt senere som samarbeidspartnere. Men det er også en del kommuneleger som sier nei til å drive slik behandling i distriktet, fordi det er et ukjent område for dem. Og da får jo ikke sykepleierne lov heller, for du må jo ha en medisinsk ansvarlig".

#### **4.2.4. Tanker rundt det å behandle pasienter med kreft i distrikt**

Gjennom våre informanter fikk vi inntrykk av at de fleste ønsker å være nær hjemmet og familien når de blir alvorlig syke. Informant 1 (kommunelege 1) sier at når man ser at det ikke lenger er håp om helbredelse, så tar man det eventuelt slik opp med pasienten: "hvordan vil du ha det den dagen du ikke kan komme deg ut av senga?" Via tett oppfølging kan man på best mulig måte planlegge hvor behandlingen skal finne sted. Noen ganger kan pasienten ønske å være på sykehuset, for eksempel hvis vedkommende har smerter eller andre symptomer som det er vanskelig å håndtere i distriktet. I følge flere av informantene gir pasientene som mottar

behandling for kreft dem god tilbakemelding. Både informantene i kommunen og legen på UNN sier at det er viktig å være klar over begrensningene i kompetansen i distriktet. ”Hvis man kommer til kort, må man vite å benytte seg av annen kompetanse”. Og legen på UNN har i utgangspunktet ingen betenkeligheter med å delegere ansvaret til distriktslegene: ”jeg syns i utgangspunktet at de fleste allmennleger er veldig flinke. Og det betyr mange ting, men det betyr først og fremst å kjenne sine begrensninger og vite hvem man kan kontakte. (... ) Så mitt inntrykk er egentlig at så lenge vi tar kontakt, så stiller nesten alle opp for kreftpasienter”.

Ingen av de vi intervjuet i distriktet hadde noe imot å drive desentralisert kreftbehandling. De syns ikke oppgavene er for store. Informant 1 (kommunelege 1) sier han bare venter på ”å ta hjem” behandlingen av reumatikerne også.

Informant 6 (onkolog) tror at et hovedproblem knyttet til behandling av kreftpasienter i distriktet er at når først pasientene har kommet til kreftavdelinga blir de veldig bundet til avdelinga.

Og det som vel da skjer, er at mange allmennleger føler at de [pasientene] blir tatt hånd om av oss, og på en måte så ender vi opp som primærhelsevesen da, for de. Og det er jo åpenbart også vår feil da. For vi tillater at det skjer. Vi skulle vært mye flinkere da med å inkludere allmennlegene (..) men det er ikke så rart heller, for det er kjempesyke mennesker som får veldig tung behandling.(..) Og det er jo så mange mekanismer her. Det ene er jo at det blir litt skremmende for doktoren hjemme av og til også. De vet ikke riktig hva som har foregått, pasienten har vært inn og ut her mange ganger og mye har skjedd.

Videre mener informant 6 (onkolog) at det er på kreftavdelinga kompetansen ligger. Pasienten skal inn og vurderes og få behandling. ”Men når vi føler at den oppfølgende behandlingen like gjerne kan gjøres hjemme, så er det helt greit”. Han mener at generelt sett behandles veldig mange sykdommer best innen et spesialisert helsevesen.

Vi har gått den andre veien, kan du si, man opererer ikke brystkreft på alle nes lengre. Vi vet at prognosen ved rektumkreft er katastrofalt mye dårligere hvis en kirurg begynner å gjøre det [operativ behandling] som bare gjør et par- tre [operasjoner] i året. (...) Så jeg er ikke på noen måte lysten på å fordele dette utover igjen på småsykehusene. Men man skal ha det der samarbeidet med alt det andre rundt pasienten altså.

## **5. Diskusjon**

Som vi har skrevet i innledningen, var intensjonen med arbeidet å kartlegge *hva slags* kreftbehandling som blir drevet i distriktet. Underveis i arbeidet ble vi gradvis mer opptatt av *hvordan* dette tilbudet blir drevet. Spesielt begrepet *samarbeid* ble etter hvert sentralt for oss, og en stor del av oppgava kom etter hvert til å dreie seg om dette. Dette medførte at vi i løpet av arbeidet med oppgaven endret både problemstillingen samt intervjuguidene våre i samsvar med vårt økende fokus på informantenes erfaringer rundt samarbeidet mellom linjene.

Ut ifra datamaterialet vi har lagt til grunn i denne oppgava kan vi ikke uttale oss generelt om kreftbehandling i distriktet, men vi kan si noe om hvordan behandling av kreftsyke mennesker foregår i akkurat denne kommunen. Det kunne vært interessant å gå videre med dette, ut ifra et større empirisk grunnlagsmateriale, for eksempel gjennom å intervju helsepersonell i flere kommuner. Det kunne videre vært interessant å innlemme en kommune uten kreftsykepleier. Det kunne også vært relevant å intervju flere sykehusansatte fra flere avdelinger, samt intervjuet en eller flere pasienter med kreftsykdom som har gått gjennom de ulike leddene i behandlingsskjeden.

### **5.1. Metodediskusjon**

Vi er femteårs medisinstudenter, og har fra tidligere begrenset erfaring med kvalitative studier og intervju. Dette har trolig påvirket måten vi har jobbet på og hvordan vi har utført intervjuene på flere måter. Selv om vi forberedte oss på intervjusituasjonen, har veien blitt litt til etter hvert når det gjelder intervjuteknikk. Det at vi begge stilte spørsmål, kan nok ha påvirket intervjuobjektene, da det på en måte ble mindre plass for dem. Når vi leser intervjuene ser vi at flere av spørsmålene vi stiller til dels er lukket, samt enkelte ganger ledende, dette kan ha vært med på å legge føringer på den informasjonen som vi har fått.

Vi valgte i første omgang å transkribere alle intervjuene ordrett, med alle nonverbale og paraverbale ytringer. Ettersom arbeidet skred fram, opplevde vi i samråd med vår veileder at dette var lite hensiktsmessig i forhold til lesbarhet. I ettertid ser vi at dette var et svært ressurskrevende og tidskrevende arbeid, men kanskje var dette nødvendig, da dette gjorde at vi fikk mer nærhet til materialet. Det er også uvisst hvor mye dette har påvirket vårt endelige produkt. Det at vi gikk veien om ordrett transkribering var mest sannsynlig med på å forme våre lesbare intervjuer som vi har brukt i analysen.

Intervjuguiden (vedlegg 1) var bygd opp av noen hovedtemaer, samt enkelte undertemaer. Vi var samtidig opptatt av å få fram den enkelte informants erfaringer, og hva han eller hun mente var viktig. Dette har trolig ført til at vektinga av de ulike tema ble forskjellig fra intervju til intervju, noe som igjen var med å vanskeliggjøre analysearbeidet. Samtidig er jo nettopp dette det kvalitative intervjuet sitt store fortrinn, det gir rike data. Etter hvert som vi gjennomførte flere intervjuer gjorde vi oss erfaringer og refleksjoner, noe som trolig medførte at de etterfølgende intervjuer ble formet av dette. I lys av de første intervjuene i distriktet valgte vi å endre intervjuguiden vår i forkant av intervjuene på sykehuset. Vi hadde ikke sendt ut intervjuguiden vår på forhånd – dette medførte at ingen fikk forberedt seg utover det angitte temaet for avtalen. Vi ser at dersom vi hadde sendt ut enkelte spørsmål på forhånd, hadde vi kanskje fått mer nøyaktige svar på de av spørsmålene våre som gikk på detaljer når det gjaldt faktaopplysninger som antall, konkrete behandlingstyper mm. Samtidig ville vi trolig fått mer

politisk korrekte og mindre utleverende svar. På den andre side fikk vi fram mer spontane assosiasjoner rundt temaet kreftbehandling i distriktet.

## 5.2. Resultatdiskusjon

Som vi skrev i innledninga, har en pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette gjelder på alle trinn av sykdomsprosessen for alvorlig syke og døende pasienter med antatt kort levetid (2). Ut fra dette mener vi at kommunen har en forpliktelse overfor kreftpasienter om et helsetilbud. Både gjennom våre informanter, samt vår egen praksis i distrikt, har vi erfart at det likevel ikke alltid er slik. Et slikt tilbud må bygge på samarbeid og koordinering mellom første- og andrelinjetjenesten. Vi mener at kommunen som vi har valgt, på mange måter kan ses på som en foregangskommune innen kreftbehandling i distriktet, og at denne kommunen har kommet lengre enn mange andre nordnorske kommuner på dette feltet. Hva er det som gjør at denne kommunen for oss framstår som et godt eksempel, og hvordan drives dette arbeidet?

Som vi har belyst i resultatpresentasjonen, har vi fått tilgang til informasjon som tilsier at det er et godt samarbeid lokalt i denne kommunen. Det at kommunen har en egen kreftsykepleier mener vi er med på å heve både kvaliteten i og interessen for dette fagområdet i kommunen. Begge legene som vi snakket med var veldig positive og interesserte i kreftomsorg. Kommunen har opprettet en egen ressursgruppe som jobber med ulike problemstillinger knyttet til behandling av pasienter med kreft. Når det gjelder lokaliteter er dette distriktet i en særstilling, da det finnes en sykestue lokalisert i kommunen. Våre informanter nevner at det har vært problemer med manglende sykepleiere på kveld og natt i hjemmetjenesten, noe som vanskeliggjør behandling av pasienter med kreft i hjemmet. Dette personalproblemet er muligens større i kommuner uten sykestue, og med et behov for de ekstra menneskelige ressursene dette medfører. I kommuner uten sykestue vil pasienter med kreftsykdom måtte bli behandlet i sitt eget hjem eller på sykehjem. Kommuner uten sykestue må trolig i større grad skaffe tilveie ekstra helsepersonellet når behovet er der. Andre faktorer av betydning er økonomiske forhold og prioriteringer innad i kommunen med hensyn til for eksempel mulighet for videreutdanning og kunnskapsheving. Kompetanseheving ute i distriktet framheves av flere av informantene som sentralt. En av våre informanter mener at en vei å gå, er å øke muligheten for utdanning og videreutdanning i distriktet.

Muligheten til et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten er også viktig. I dette tilfellet er kommunen stort sett godt fornøyd med samarbeidet med sykehuset, selv om kommunens helsearbeidere har tanker om hvordan det kunne ha vært bedre. Utover epikrisen som bindeledd er det angivelig lite formalisert samarbeid. Det gode samarbeidet kan til tider synes å være preget av tilfeldighetene, der man er avhengig av den gode vilje og at det er ”riktige” folk i jobben for at samarbeidet skal fungere. Spørsmålet blir om - og eventuelt hvordan - samarbeidet bør formaliseres og kvalitetssikres for at det skal kunne muliggjøre optimal behandling og generelt sikre pasientene et godt tilbud i alle kommuner.

En av informantene trekker også fram viktigheten av et godt samarbeid i forhold til diagnostisering av kreft. Han referer til en uheldig hendelse der utredningen ble betraktelig forsinket fordi henvisningen ikke ble besvart. Uansett om årsaken er kommunikasjonssvikt eller at spesialisthelsetjenesten ikke tar primærlegens kliniske vurdering på alvor, så er dette en beklagelig hendelse og et tegn på at samarbeidet ikke fungerer som det skal. Primærlegen er den som møter pasienten først og er den første innen helsevesenet som fatter mistanke om



at det kan foreligge kreft. Som en av informantene poengterer, er det svært viktig at spesialisthelsetjenesten har tillit til fastlegens diagnostiske arbeid og henvisning. Det vil være viktig med et godt samarbeid og en tydelig dialog med spesialisthelsetjenesten for en tidligst mulig diagnostisering.

Vår oppfatning av at nærhet til lokalmiljøet ved alvorlig sykdom er viktig, er blitt bekreftet gjennom våre informanter. Men som kreftlegen på sykehuset sier; enkelte pasienter ønsker likevel en større grad av sentral oppfølging og behandling av ulike årsaker. Noen pasienter har opplevd sein diagnostisering av sin kreftsykdom. Enkelte "klandrer" sin fastlege for sein diagnostisering, og at fastlegen har begått en feil. Dette kan medføre at de har et ønske om spesialistoppfølging. Kreftlegen sier at slike oppfatninger ofte kan være grunnet i misforståelser. At den antatte "forsinkelsen" eller "feilen" ikke skyldes dårlig legearbeid men en trist sykdom som kan være vanskelig å oppdage. Når pasienten forstår dette, vil han eller hun igjen kunne føle seg trygg på fastlegen.

Hvordan kan man sikre at den medisinske tilbudet i distriktet er like bra som sentralt? Og er det i det hele tatt mulig og ønskelig?

Ett av spørsmålene blir hvor grensen skal gå for hva som regnes som spesialiserte oppgaver og hva som kan delegeres ut i distriktet. Hva kan kreves av en lege eller sykepleier i distriktet, hva er faglig forsvarlig? Ut fra våre informanter fikk vi et klart inntrykk av at det ekstra ansvaret som behandling av kreftsyke pasienter i distriktet medfører, ikke blir sett på som en ekstra "byrde" men snarere som en ønskelig oppgave og en faglig utfordring. Informantene virket positive til den behandlingen de er med på å utføre i dag, samt åpne for at den kan bli mer avansert ute i distriktet. De nevnte muligheten for også å kunne ta seg av andre pasientgrupper som tradisjonelt har fått sentralisert behandling. Samtidig forteller våre to informanter på sykehuset at det er stor forskjell på kommunene. Enkelte leger kan si nei til å behandle pasienter med kreft lokalt, muligens fordi de ikke oppfatter seg selv som kompetent. Dersom legen i kommunen ikke ønsker denne oppgaven, hjelper det ikke om stedet har sykepleiere eller andre godt kvalifiserte helsepersonell som er interessert i slik behandling, da ingen kreftbehandling i distriktet kan finne sted uten en ansvarlig lege.

Mange hevder at samfunnet på mange områder går mot økt sentralisering. Vi mener at dette også skjer i helsevesenet. En har sett en sentraliseringsprosess hvor kompetansen samles, og sykestuer og lokalsykehus bygges ned. I et intervju med NRK går kreftforeningen aktivt ut for sentralisering av utredning, diagnostikk og behandling av kreftpasienter (10). Menes med dette all behandling? Vi er langt på vei enig i kreftforeningen sin uttalelse, men trenger dette å stå i kontrast til et økt behandlingstilbud i distriktet? Vi mener at en god kreftbehandling i distriktet har som forutsetning at diagnostikk, oppstart av behandling, samt til dels også oppfølging skjer sentralisert med spesialisthelsetjenesten involvert. Vi oppfattet at akkurat dette ble gjort i kommunen vi besøkte.

Hva handler egentlig behandling av kreftsyke pasienter i distriktet om? Under våre samtaler med fagpersoner i kommunen som vi valgte, ble det snakket om så mye mer enn medisiner, bildediagnostikk, blodprøver etc. Våre samtalepartnere omtalte fenomener som mellommenneskelige relasjoner, livskvalitet, integritet, verdighet og identitet. De formidlet til oss ser verdien av at pasienten kan motta deler av behandlingen i sin hjemkommune nær familie og venner. De ga uttrykk for at det kan ha stor betydning for den enkelte pasienten. Pasientens mulighet for å kunne ta vare på, og bruke sitt sosiale nettverk gjennom sykdomsforløpet vil trolig være større ved behandling på hjemstedet. Ved å behandle

pasienten i sitt nærmiljø vil en kunne gi denne personen et ekstra ”redskap” til å takle sine smerter og helseplager. Identiteten som ”pasient” (et begrep som vi for øvrig har brukt gjennom hele oppgaven), vil mest sannsynlig være mindre sentral i lokalsamfunnet sammenliknet med sykehuset. Med dette mener vi at identiteten til en person er så mye mer enn en diagnose, noe som fort kan bli glemt i et sykehus langt fra pasientens nærmiljø. At fastlegen/ lokalt helsepersonell deltar i behandlingen vil kunne være med på å øke behandlingskvaliteten for pasienten, da disse ofte kjenner personen over tid og på flere nivåer. Vi tror derfor at lokalt helsepersonell vil kunne være med på å gi en mer helhetlig behandling enn en spesialist som ikke har denne kjennskapen til og kunnskapen om pasienten. Ut fra dette kan vi derfor tenke oss at behandlingen i distriktet ikke bare skal strebe etter å være like god som behandlingen sentralt, men faktisk har mulighet og potensial til å gi et bedre tilbud.

Vår analyse av formidlet erfaring fra helsepersonell i en norsk distriktskommune og en klinisk avdeling på universitetssykehuset, som til sammen utgjør en komplett behandlingkjede for kreftsyke pasienter, tilsier at det er svært viktig med et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og distriktet. Spørsmålet som stilles i den offentlige debatt bør ikke være om behandlingen skal skje inne på sykehuset eller ute i distriktet, men heller hvordan disse to arenaene kan kombineres på en best mulig måte. En må utnytte lokalsamfunnets potensial som behandlingssted, samtidig som det sikres kompetanse i distriktet.

## **6. Konklusjon**

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått et innblikk i hvordan behandling av pasienter med kreft kan praktiseres i en kommune i distriktet. Kommunen vi valgte framsto for oss som et godt eksempel på hvordan behandling av kreftsyke mennesker kan utføres i distriktet. De viktigste forutsetningene som vår analyse synliggjør er engasjert og kvalifisert helsepersonell, et lokalsamfunn som rår over en sykestue med muligheter for en rekke behandlingsmetoder samt fleksible ordninger i samarbeid med de hjemmebaserte tjenester.

Gjennom våre informanter i distriktet fikk vi bekreftet vår antagelse om at pasientene er fornøyd med å ha et tilbud om behandling i sin hjemkommune. Det kom også klart fram at helsepersonellet i denne kommunen følte seg kompetent til å tilby slik behandling. De mente ikke at dette var for krevende, og heller ikke at det var et for stort ansvar. Gjennom informantene på sykehuset (UNN) kom det fram at dette ikke er gjeldende i alle kommuner, da ikke alle leger føler seg kompetente til å drive slik behandling.

Vi fikk et klart inntrykk av at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten opplevdes stort sett som godt av de som jobbet ute i distriktet, selv om de også hadde eksempler på hvordan det kunne ha vært bedre. Dette dreide seg hovedsakelig om et mer formalisert samarbeid. Det kom også fram et eksempel som vektla viktigheten av spesialisthelsetjenestens tillit til primærhelsetjenestens vurdering.

Ut fra våre erfaringer etter å ha arbeidet med denne oppgaven, er det viktige spørsmålet hvordan resurssene og kvalitetene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan kombineres på en best mulig måte for å behandle hele det kreftsyke mennesket. En må utnytte lokalsamfunnets potensial som behandlingssted, samtidig som det sikres et tett og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

## **7. Kilder**

1. Kreftregistret, <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Krefttrender/>
2. Pasientrettighetsloven § 2-5
3. Kvale S. The qualitative research interview. *J Phenomenol Psychol* 1983; 14: 171-96.
4. Heap KK. Vurdering av reliabilitet og validitet ved kvalitative data. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 3191-5.
5. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Universitetsforlaget 2003.
6. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358: 483- 8.
7. Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Det individuelle dybdeintervju. *Nordisk medicin* 1997; 112: 94-8.
8. Malterud K. Reliabilitet i kvalitativ medisinsk forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 3395-6.
9. Kvale S. Samtale som forskning. Forelesning ved Skjervheimseminaret, Stalheim, 14-16. september 2001.
10. NRK <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.6702077>

## **8. Vedlegg**

- Vedlegg 1: Intervjuguide, distrikt  
Intervjuguide, sykehus
- Vedlegg 2: Utskrift av intervju med informant 1 (mannlig kommunelege 1)
- Vedlegg 3: Utskrift av intervju med informant 2 (kvinnelig kreftsykepleier i kommunen)
- Vedlegg 4: Utskrift av intervju med informant 3 (kvinnelig avdelingssykepleier på sykestua i kommunen)
- Vedlegg 5: Utskrift av intervju med informant 4 (mannlig kommunelege 2 i kommunen)
- Vedlegg 6: Utskrift av intervju med informant 5 (kvinnelig avdelingssykepleier på poliklinikken)
- Vedlegg 7: Utskrift av intervju med informant 6 (mannlig onkolog ved sykehuset)