

”Gode pasientløp i terminal omsorg
og kreftbehandling i
kommunehelsetjenesten.”
-En evaluering.

5.årsoppgave i stadium IV

Profesjonsstudiet i medisin ved universitetet i Tromsø

Hege Harboe-Sjåvik, MK 07

Veileder: Beate Søholt Lupton, førsteamanuensis ISM

Tromsø, våren 2012

Innholdsfortegnelse

1. Resymé.....	s. 4
2. Tekst.....	s. 5
A: Introduksjon.....	s. 5
B: Metoder.....	s. 8
I: Prosessevaluering.....	s. 8
II: Det kvalitative intervju.....	s. 9
Positivism og naturalisme.....	s. 9
Det naturalistiske intervju.....	s. 10
Tekniske hjelpemidler	s. 10
Intervjueren.....	s. 11
III: Tilsynsmetodikk.....	s.11
C: Resultater.....	s.13
I: Beskrivelse av virksomheten –spesielle forhold s. 13	
II: Gjennomføring.....	s. 14
III: Hva evalueringen omfattet.....	s. 15
IV: Funn.....	s. 16
i: Intervju oktober 2011:.....	s. 16
a: Plan, avvik nr 1-12.....	s. 16
b: Utfør, avvik nr 13-33.....	s. 17
c: Kontroll, avvik nr 34.....	s. 19
d: Korrigjer.....	s. 19
ii: Intervju mars 2012:.....	s. 19
a: Plan, avvik nr 1-7	s. 19
b: Utfør, avvik nr 8-19.....	s. 20
c: Kontroll, avvik nr 20.....	s. 21
d: Korrigjer.....	s. 21
V: Oversikt over regelverk.....	s. 22
VI: Dokumentunderlag.....	s. 22
VII: Deltakere i intervjuene.....	s. 23
D: Diskusjon.....	s. 24
I: Metoder.....	s. 24
i: Prosessevaluering.....	s. 24

ii: Kvalitetsvurdering/ tilsynsmetodikk	s. 24
iii: Kvalitative intervju/tekniske hjelpemidler	s. 26
II: Funn og konklusjoner.....	s. 27
E: Referanser nr 1-15.....	s. 29
F: Vedlegg, nr 1-2.....	s. 31

1. Resymé:

Arbeidet med oppgaven har foregått som prosessevaluering av gjennomføring av Brobyggerprosjektet; et prosjekt som har vært utført i regi av Båtsfjord kommune i 2010-2012, med bedring av pasientløp og omsorg for terminale kreftpasienter i kommunen som de overordnede prosjektmål. Prosjektbeskrivelse finnes som vedlegg nr 1. Prosessevalueringen er gjort gjennom å følge prosessen ved gjennomføring av prosjektet fortløpende, og å evaluere gjennomføringen fra prosjekavvikling- til endepunkt, med fokus på oppnådde mål i henhold til prosjektbeskrivelse. Evalueringen er gjort med utgangspunkt i kvalitative intervju utført ved hjelp av tilsynsmetodikk, systematisert etter Demings sirkel⁽¹⁻²⁾.

Formålet med prosjektanalysen er å gi svar på følgende problemstilling: Har Brobyggerprosjektet gitt styrket terminal kreftomsorg og bedre pasientløp mellom primær-og spesialisthelsetjenesten?

Viktigste funn: Det er stor variasjon i oppnådde resultater på ulike plan i kommunehelsetjenesten. Det er store sprik mellom prosjektledelsens oppfatning av resultater, og faktisk dokumenterbare resultater. Underordnede kjenner i liten grad innholdet i prosjektet.

Hovedkonklusjoner: Prosjektet har ikke blitt gjennomført etter prosjektplan. Prosjektmålene er i hovedsak ikke nådd, og man finner dokumentasjon på få konkrete tiltak som har blitt gjennomført i henhold til prosjektbeskrivelse.

Gjennom prosjektanalyse observeres likevel generelt økt bevissthet rundt kreftomsorg, kreftpasienter og deres pårørende, blant de ansatte på alle plan i kommunehelsetjenesten.

2. Tekst:

A: Introduksjon

Båtsfjord kommune ligger på Varangerhalvøya ut mot Barentshavet. Kommunen har rundt 2000 innbyggere, som er samlet i et fiskevær innerst i Båtsfjorden. ⁽³⁾

Kommunehelsetjenesten er inndelt i flere nivå ⁽⁴⁾. Pleie-, rehabilitering og omsorgstjeneste, legetjeneste, bolig for psykisk utviklingshemmede, sykestue, alderspensjonat, hjemmetjeneste samt egen institusjon for aldersdemens.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.12 ⁽⁴⁾. Ifølge Helsedirektoratet har reformen som mål å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Et av hovedmålene er at kommunene skal få utvidet sitt ansvar for egne pasienter. Samtidig har man som mål ved gjennomføring av Samhandlingsreformen⁽⁵⁾ at tilbudet i kommunene skal bli bredere, og at det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt. Oppfølging av personer med kroniske lidelser skal bli bedre, og tjenestene pasientene mottar skal oppleves som mer helhetlig og koordinerte.

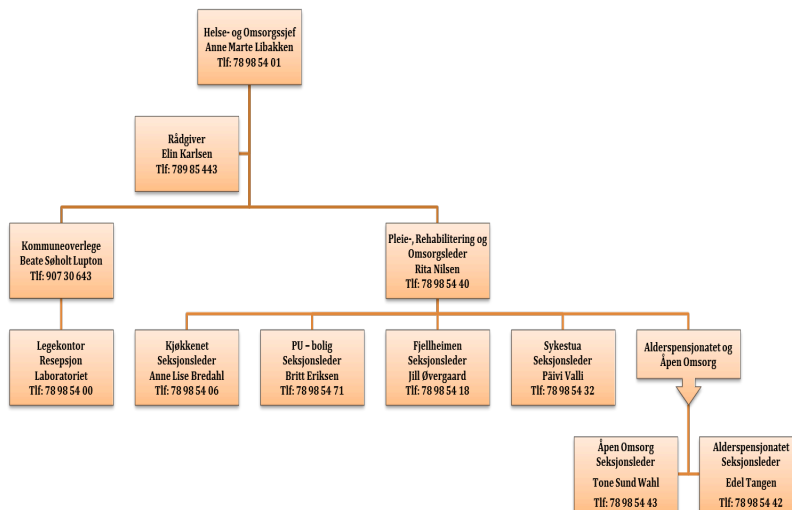
Innføring- og gjennomføring av nye tiltak og rutiner i forbindelse med den nye reformen, byr på flere utfordringer i en kommune som Båtsfjord. Mangel på kontinuitet i arbeidsstab i kommunale helseinstitusjoner langs finnmarkskysten generelt, skaper store vanskeligheter hva gjelder opprettholdelse av medisinskfaglig kompetanse, både blant leger, sykepleiere samt andre helse- og omsorgsarbeidere. ⁽⁶⁻⁷⁾ Turnuskandidater har i stor grad blitt brukt de siste tiår for å fylle tomme legestillinger, og for å rekruttere nye leger til området. ^(6,8) En ulempe med turnusordningen er at disse ansettes for korte perioder, noe som medfører store utfordringer når det kommer til opprettholdelse- samt heving av kompetanse. Dette har blant annet vist seg gjeldende i form av manglende tilfredshet

med behandling av terminale kreftpasienter, og det er registrert flere klagesaker vedrørende emnet i kommunen de siste årene⁽⁹⁾.

I Båtsfjord kommune, som er høyst representativ for små kystkommuner i Finmark, har det blitt gjort tilgjengelig økonomiske ressurser til gjennomføring av Brobyggerprosjektet. Prosjektet har hatt som formål å bidra til opprettholdelse av økt faglighet, samt bedre pasientløp mellom nivåene i behandlingen av terminale pasienter, med hovedvekt på terminale kreftpasienter. Prosjektet ble planlagt gjennomført ved bruk av telematikk, nettverk og kompetanseheving ved Båtsfjord helsesenter. Man har de siste årene sett en generell økning i bruk av telematikk, og i forbindelse med Samhandlingsreformen er det planlagt økt bruk av telematikk i nettverk mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og de kommunene i Troms og Nordland som ligger under kommunens ansvarsområde⁽¹⁰⁾. Det har blitt brukt 50% sykepleierressurs for å koordinere arbeidet med telematikk og nettverksbygging, og det var satt av noe økonomiske ressurser i prosjektbudsjettet for å bidra til videreutdanning av sykepleier til kreftsykepleier ved universitetet i Tromsø. Eventuell ny kunnskap og økt kompetanse har vært ment å også benyttes i forhold til andre terminalt syke. Det var også planlagt nettverkskontakt med Lindring i nord, som er et regionalt kompetansesenter for lindrende behandling. Blant senterets sentrale oppgaver er kompetanseheving, fagutvikling, veiledning og nettverksbygging⁽¹¹⁾. Planen med Brobyggerprosjektet var blant annet å nedfelle ny protokoll for behandling og omsorg av kreftsykdom i kommunen, og å opprette faggruppe for lindrende behandling, både for å bygge nettverk internt, og for å spre kunnskap. Man ønsket gjennom Brobyggerprosjektet å sikre økt kunnskap om aktuelle pasientgruppe blant behandlende helsepersonell, samt, i henhold til nasjonale retningslinjer, bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste for pasientene^(5,12).

Med bakgrunn i kunnskaper om hyppig utskifting av helsepersonell, og med bakgrunn i den kommunale helsetjenestens organisasjonskart (Figur 1, side 7), hvor man ser at helsetjenesten er delt inn i ulike omsorgsnivå, er det tydelig at det er mange involverte seksjoner i kommunehelsetjenesten i Båtsfjord i det daglige. Det er da naturlig å tro at det på flere områder i tjenesten er fare for svikt i terminal kreftbehandling- og omsorg. Det falt derfor naturlig å velge bruk av tilsynsmetodikk underveis i prosjektanalysen, med det formål å avdekke om prosessen ved gjennomføring av Brobyggerprosjektet foregikk etter prosjektplan.

Figur I: Organisasjonskart for helse- og omsorg, Båtsfjord kommune.



Kilde: Forslag til virksomhetsplan for helse og omsorg, Båtsfjord Kommune.

B: Metoder

I: Prosessevaluering:

For bakgrunn og kunnskap om prosessevaluering som metode, går vi til Linnan og Steckler, som har skrevet boken "Process evaluation for Public Health Interventions and Research" ⁽¹³⁾.

Der skriver de at prosessevaluering som metode har blitt brukt i forskning siden 1960-tallet, og er en metode i stadig utvikling.

Den har blitt hyppigere og hyppigere brukt siden slutten av 1990-tallet. Metoden brukes i folkehelseøyemed til å evaluere prosesser ved forsøk på innføre nye, forbedre eksisterende, eller bytte ut tidligere brukte prosedyrer/rutiner/behandlinger.

Man overvåker prosessen underveis, og kontrollerer om prosjektmål blir nådd. Det er dermed en effektiv metode for å overvåke intervensjoner og forskning innenfor området folkehelse. Den er godt designet med hensyn på å finne ut hvorfor man får de aktuelle resultater i forskning, hvilke deler av prosjekt som har gitt suksess, og på hvilke områder man mislykkes i å oppnå prosjektmål. På den måten kan prosessevaluering være et godt verktøy for å finne- og forklare positive, negative og irrelevante resultater. De siterer Windsor, Baranowski, Clark, og Cuter (1984), som i sin beskrivelse av nytten av prosessevaluering uttrykker at det er en del av evaluering og vurdering å se om spesifikke elementer som fasiliteter, ansatte, plass til gjennomføring og tjenester blir tilbudt etter den skrevne prosjektbeskrivelse.

Bruk av prosessevaluering har økt kraftig de siste par tiår, og dette finnes det flere forklaringer til. Linnan og Steckler refererer til Fisher (1995), og Susser (1995), i en av sine forklaringer på dette. De skriver at når skattepenger brukes til gjennomføring av prosjekter, forsøk og forskning, er det økt interesse blant sponsorer, prosjektgrunnleggere og den generelle offentlighet for å vite hvorfor prosjekter som

mislykkes, mislykkes. Prosessevaluering kan da være til god hjelp for å forklare positive, negative og irrelevante resultater⁽¹³⁾.

En annen grunn er at prosessevaluering kan brukes ved nytte-kosteffektsanalyser, som i økende grad er relevant i forbindelse med forskning/prosjekter. De skriver også at en slik evaluering kan være et godt redskap til å forstå sammenhenger- og forhold mellom ulike komponenter i prosjektet.

I Brobyggerprosjektet forsøker man å implementere endringer i mange ulike nivåer av helsetjenesten, som alle må forholde seg til hverandre i hverdagen. Dette er noe av bakgrunnen for at prosessevaluering er brukt som metode.

II: Det kvalitative intervju:

Anne Ryen har skrevet boken "Det kvalitative intervju- fra feltarbeid fra Vitenskapsteori" ⁽¹⁴⁾. Her fremstiller hun historisk utvikling av kvalitative intervju som metode, hvordan kvalitative intervju skiller seg fra kvantitative, kvaliteten på kvalitative data, såvel som ulikhetene mellom de ulike greinene av kvalitative intervju som forskningsmetode.

Positivism og naturalisme

En enkel, og velkjent, inndeling av hovedkategorier innen kvalitative intervju er i følge Ryen "Positivistiske" og "Naturalistiske" intervju. Det finnes i tillegg bi-kategorier. Positivistisk og Naturalistisk tilnærming er likevel de som står nærmest hverandre av de ulike tilnærminger til kvalitative data. Positivism har tradisjonelt hatt fokus på å "avmystifisere" teorier, mens den naturalistiske metodesamtalen består i troen på at den sosiale virkeligheten er virkelig. Den naturalistiske tilnærmingen har ifølge Ryen lang tradisjon innen kvalitativ forskning, og dominerer fremdeles. ⁽¹⁴⁾

Det naturalistiske intervju

Når det gjelder hovedmomentene i det naturalistiske intervjuet, mener Ryen at det for det første er viktigheten av "den uformelle samtalerammen" som dominerer. Dette forklarer hun videre med at man innen det naturalistiske paradigmet "....tenker seg at svaret finnes "inni" respondenten, og at forskerens oppgave er å samle inn dataene slik de er, det vil si å unngå at man under selve innsamlingen kommer i skade for å påvirke dem." (14)

Når det i prosessevalueringen av Brobyggerprosjektet er valgt en naturalistisk tilnærming til intervjuobjektene, aksepterer vi altså at hvert objekt opererer med sin egen oppfatning av virkeligheten, og at bildet dermed blir noe mer variert og fasettert enn ved tradisjonell naturvitenskapelig forskning.

Tekniske hjelpemidler

Ryen drøfter også bruken av tekniske hjelpemidler under utførelse av intervjuer i sin bok, som for eksempel det å bruke båndopptaker under intervju. Det er i følge henne ulike positive og negative aspekter ved bruk av slike, for eksempel at intervjuobjektet blir uhensiktsmessig bevisst på hva de sier på grunn av båndopptakeren, og at de dermed prater mer fritt uten. På den annen side vil intervjueren uten båndopptaker være nødt til å ta notater for å kunne gjengi intervjuobjektets opplysninger mest mulig korrekt i ettertid. Dette har også sine negative sider, da man enten blir opptatt med notater i løpet av intervjuet, eller risikerer å miste detaljer hvis man skriver notatene i sin helhet etter intervjuene⁽¹⁴⁾.

De kvalitative intervjuene gjort i forbindelse med prosessevaluering av Brobyggerprosjektet er gjort med båndopptaker, men ved å samtidig ta notater underveis i –og rett etter intervjuene. På den måten har meningen vært å få mest mulig korrekte opplysninger fra hvert enkelt intervjuobjekt,

uten å bruke for mye av oppmerksomheten underveis i intervjuene til notatskriving.

Intervjueren

I Ryens bok beskriver hun også viktigheten av hvordan intervjuerens objektivitet har å gjøre med kvaliteten på resultatene man får gjennom kvalitative intervju. Hun mener at det sentrale er å møte den enkelte respondent, ikke å sammenligne. I kvalitative intervju er forskeren selv det viktigste redskapet, i motsetning til i kvantitativ forskning, hvor spørreskjema er det sentrale i en intervjusetting⁽¹⁴⁾.

Det kan derfor nevnes at undertegnede på forhånd ikke hadde personlig kjennskap til intervjuobjektene i første intervjurunde.

III: Tilsynsmetodikk

I evalueringen av prosessen er det brukt tilsynsmetodikk, som er en kvalitativ metode. Utgangspunktet er naturalistisk, blant annet fordi man tar for "god fisk" det intervjuobjektet forteller, og tenker at det er nettopp det som er "inni" objektet vi vil ha fram. Det blir da ikke tatt høyde for relasjoner mellom ulike intervjuobjekt, personlige egenskaper osv. Men i evalueringen av Brobyggerprosjektet ble det heller ikke jaktet etter én objektiv sannhet; målet var derimot å se hvordan de ulike objektene opplevde prosessen ved gjennomføring av prosjektet.

Demings sirkel⁽²⁾ (Figur II, side 12) er sentral i tilsynsmetodikk, og var derfor sentral også i prosessevaluering av Brobyggerprosjektet. Sirkelen er mye brukt i forskningsarbeid innen folkehelse. Den er 4-delt, og tar for seg hovedkategoriene plan, utfør, kontroll og korriger⁽²⁾.

Det ble gjort intervjuer av ansatte i ulike nivåer av organisasjonen. Intervjuene ble utført i to omganger, både halvveis i prosessen, og ved prosessendepunkt et halvt år senere. Dette for å se om prosessen fulgte prinsippene i

Demnings sirkel⁽²⁾. Materialet fra de respektive intervjuene ble sammenholdt for å evaluere prosessen i sin helhet. Prosjektbeskrivelse for Brobyggerprosjektet, samt kommunens generelle plikt til kvalitetssikring gjennom internkontrollsystem i hht lov om helse- og omsorgstjenesten, forskrift om internkontroll⁽¹⁵⁾, er det som har blitt lagt til grunn for intervjuguide. Intervjuguide finnes som vedlegg nummer 2.

Figur II: Demings sirkel



Kilde: www.handboka.no/Vgs/Veiled/Shd/ordeghus.htm

C: Resultater

I. Beskrivelse av virksomheten – spesielle forhold

Kommunehelsetjenesten er inndelt i ulike nivå. Øverst på organisasjonskartet(Figur II, side 7) er Helse- og omsorgssjef, som har sin egen rådgiver. Deretter deles tjenesten i to deler, hvor lederne er henholdsvis kommuneoverlegen, og Pleie-, Rehabilitering og omsorgsleder. Kommuneoverlegen fungerer som rådgiver for helse- og omsorgssjefen, og er selv leder for Legetjenesten i kommunen. Pleie-, Rehabilitering og omsorgslederen har et ansvarsområde på rådgivernivå, som strekker seg over PU-bolig, Fjellheimen institusjon for aldersdemens, Sykestua, kjøkkentjenesten, Alderspensionatet leiligheter for eldre, og Åpen Omsorg (kommunens hjemmetjeneste). Hver av de ovennevnte seksjoner har egen intern seksjonsleder. Helse- og omsorgssjef, kommuneoverlege, legekantor, Hjemmetjeneste, Pu-bolig, Fjellheimen, sykestua og alderspensionatet er alle geografisk samlokalisert.

Det er hyppig utskifting i personalgruppa. Legetjenesten baserer seg i stor grad på turnuskandidater, som hver er der i 6 måneder av gangen. Turnuslegene utgjør 2/5 av staben. Alle øvrige fastlegestillinger har vært besatt siste år.

Nærmeste lokalsykehus til innbyggere i Båtsfjord er Kirkenes Sykehus, som ligger i underkant av 30 mils avstand fra kommunesenteret i Båtsfjord. Kirkenes har i lang tid vært nærmeste sykehus hvor pasienter kan motta cellegiftbehandling ved kreftsykdom.⁽⁹⁾ Båtsfjord kommunes nærmeste regionsykehus med kreftavdeling er Universitetssykehuset Nord-Norge, som ligger i 90 mils avstand fra Båtsfjord. Både Båtsfjord og Kirkenes har hver sin flyplass, og begge ligger værutsatt til, spesielt vinterstid. Pasienter transporteres ofte med taxi eller ambulanse mellom Båtsfjord og

Kirkenes for cellegiftbehandling, og med fly til undersøkelser og behandling i Tromsø.⁽⁹⁾

II. Gjennomføring

Prosjektevalueringen omfattet følgende elementer:

- i) ISM, Tromsø: Samtale med kommuneoverlege og prosjektleder, gjennomgang av prosjektbeskrivelse for Brobyggerprosjektet, desember 2010
- ii) Feltarbeid i Båtsfjord: Intervju med kreftpasienter, oktober 2011
- iii) Feltarbeid i Båtsfjord: Intervju med pårørende til avdøde kreftpasienter i kommunen, oktober 2011
- iv) Feltarbeid i Båtsfjord: Intervju med ansatte i kommunehelsetjenesten, oktober 2011
- v) Feltarbeid i Båtsfjord: Avslutningsmøte etter siste intervjudag, oktober 2011
- vi) Intervju per telefon, utført fra Tromsø: Oppfølgingsintervju med ansatte i kommunehelsetjenesten, mars 2012
- vii) Tromsø: Rapport av prosessevaluering, i form av 5.årsoppgave på profesjonsstudiet i medisin, mars-juni 2012

Om de kvalitative intervju, oktober 2011 og mars 2012:

Ansatte fra de ulike sektorene innenfor kommunehelsetjenesten ble intervjuet, samt pasienter, pårørende og prosjektledelse. Til sammen utgjør dette 17 personer. Intervjuene ble foretatt i 2 omganger med 6 måneders mellomrom. Hovedsakelig ble de samme personene intervjuet begge gangene. Unntak er helsepersonell som ikke var tilgjengelige for intervju i akseptabelt tidsrom for sammenlikning med de øvrige intervjuobjekt, samt pasient- og pårørendeintervju, da disse hadde for seg å danne en bakgrunn for intervjueren før de øvrige intervjuene i første intervjurunde.

De to pasientene som ble intervjuet hadde på intervjutidspunkt fått kreftdiagnose, og var under behandling for dette. De var begge tilhørende i Båtsfjord kommune.

De to pårørende som ble intervjuet, hadde nylig vært pårørende til familiemedlemmer med terminal kreftsykdom.

Hensikt med intervjuene av pasienter og pårørende var å få et innblikk i tilbud til kreftpasienter i kommunen, for å kunne bruke dette som bakgrunn til enkelte spørsmålsformuleringer i utforming av intervjuguide.

Intervju av helsepersonell fra ulike nivå i kommunen, hadde som formål å evaluere prosessen ved gjennomføring av Brobyggerprosjektet. Både for å se på framgang i arbeidet med gjennomføring av prosjektet i henhold til prosjektplan, og også for å se på grad av implementering av nye protokoller for kreftbehandling- og omsorg, i de ulike omsorgsnivå i kommunen. Også dette i henhold til prosjektplan. Det ble laget intervjuguide med bakgrunn i prosjektbeskrivelse, samtaler med prosjektledelse og samtaler med pasienter/pårørende.

III. Hva evalueringen omfattet:

Gjennomføringen av intervjuene søkte å evaluere utførelsen av Brobyggerprosjektet og dets målsetninger. Lagt til grunn for evalueringen er prosjektbeskrivelse for Brobyggerprosjektet, samt kommunens generelle plikt til kvalitetssikring gjennom internkontrollsystem, i hht Lov om helse- og omsorgstjenester, forskrift om internkontroll ⁽¹⁵⁾.

IV. Funn

i: Funn ved intervjurunde 1, oktober 2011. Organisert etter prinsippene for Demings sirkel⁽²⁾ og med fokus på avvik fra prosjektplan. Avvik er nummerert fra 1-35:

a) PLAN:

Prosjektplan

1. Prosjektorganiseringen oppleves blant de fleste ansatte på grunnplan i kommunehelsetjenesten som uklar.
2. Styringsgruppe/ressursgruppe mangler.
3. Planen er dårlig kjent blant de som jobber på grunnplan i sykestua/hjemmesykepleien.

Plan for nettverksbygging/telematikk:

4. Underforbruk av nettverksmøter med UNN fra de fleste grupper (1 lege deltatt på 2 møter av totalt 10). Ikke kjent blant de som jobber på grunnplan på sykestua/ i hjemmesykepleien.
5. Nettverk med Honningsvågprosjektet: De som har deltatt på seminar om kreftomsorg med kreftsykepleier fra Honningsvåg, kjenner til dette nettverket. Kun prosjektleder har deltatt på møter.

Plan for kompetanseheving:

6. På leder- og mellomledernivå sees noe kjennskap til planlagte kompetansebyggende aktiviteter.
Ikke kjent blant øvrige ansatte.
7. Plan for oppgradering av kunnskap om terminal kreftbehandling er ikke på plass.

Plan for teamarbeid rundt enkeltpasienter med kreft:

8. Plan foreligger ikke.

Plan for pasient og pårørende:

9. Behandlingsplan for pasientene mangler. Pasientene er ikke kjent med hva som venter av videre behandling i forskjellige stadier i sykdommen.

10. Plan for kontakt med pårørende mangler på alle nivå.

11. Plan for omsorg av barna av kreftsyke mangler på alle nivå

b) UTFØR

Oppfølging av pårørende/familie

12. Pårørende er de som i realiteten opptrer som koordinatore, pleiere og samtalepartnere for pasientene.

13. Pårørende oppsøkes ikke aktivt, de må selv aktivt be om all form for hjelpemidler og hjelpetjenester.

14. Hjemmesituasjonen, som er i konstant endring, følges ikke opp, hvis pasienten ikke i utgangspunktet har hjemmesykepleie.

15. Barn i unge familier følges ikke opp.

16. Tilgjengelig koordinator/ansvarsperson/kreftsykepleier mangler.

Samarbeid med Kirkenes sykehus

17. Timer avbestilles fra sykehuset på dagen

18. Pasienter kommer til sykestua uten å ha blitt meldt/ uten epikrise.

19. Nydiagnostiserte kreftpasienter mottar diagnose pr. telefon.

20. Pasienter opplever mangel på langsiktig behandlingsplan, hva gjelder spesialisthelsetjenesten.
21. Arena for diskusjon om avtaler/ prosedyrer mellom kommunehelsetjenesten og Kirkenes sykehus er uklar/ukjent/ ikke eksisterende.

Oppfølging fra fastlege

22. Pasienter opplyser at det mangler jevnlig, avtalt oppfølging, som er uavhengig av videre sykdomsutvikling.
23. Pasienter etterlyser mulighet for å stille spørsmål vedrørende løpende behandling, som cellegift, bivirkninger etc. Arena for slike diskusjoner mangler.
24. Tilrettelegging er nødvendig for å senke terskler for kontakt

Hjemmesykepleie

25. Det mangler planer rundt prosedyrer for samhandling rundt pasienten.
26. Har ikke fagmøter.
27. Det mangler kompetanseplan/ kompetanseplan er ikke gjort kjent.

Sykestua

28. Implementering av prosjektet er mangelfull.
29. Det mangler prosedyrer for flere behandlingsopplegg.
30. Plan for kompetanseheving mangler, hva gjelder mer omfattende kreftbehandling. (f. eks CVK, cellegift, smertepumpe etc.)
31. Når opplæring har blitt gjennomført, har ikke prosedyrer samtidig blitt nedfelt. (f. eks prosedyrer rundt CVK-bruk)
32. Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere omfattes ikke av løpende opplæring på avdelingen (sykepleiefaglige

møter). Det mangler felles fagmøter, og plan for fagutvikling.

33. Prosedyrer fra nettverkene, hva gjelder cellegift og samarbeid kommunehelsetjeneste/spesialisthelsetjeneste, er under utarbeidelse, men ikke implementert.

c) KONTROLL

34. Sykestua og hjemmesykepleie mangler organiserte arenaer for diskusjon av avvik/dårlig fungerende behandlingsmetoder (sjeldne personalmøter). Sykestua har likevel uformelle arenaer hvor dette diskuteres (vaktrommet).

d) KORRIGER

Ingen avvik fra prosjektplan funnet.

ii: Funn ved intervjurunde 2, mars 2012: Organisert etter prinsippene for Demings sirkel⁽²⁾, og med fokus på avvik fra prosjektplan. Avvik er nummerert fra 1-20:

a) PLAN

Prosjektplan

1. Planen er dårlig kjent blant de som jobber på grunnplan i sykestua/hjemmesykepleien. Blant ledelsen er nå prosjektplan bedre kjent.

Plan for nettverksbygging/telematikk:

2. Underforbruk av nettverksmøter med UNN fra de fleste grupper. For det meste er det kun ledelsesgruppa ved Sykestua som deltar.

Plan for kompetanseheving:

3. Ikke kjent blant alle ansatte. Kjent blant ledelse og sykepleiegruppe.

Plan for teamarbeid rundt enkeltpasienter med kreft:

4. Plan foreligger ikke, men det foregår mye ad hoc rundt den enkelte pasient.

Plan for pasient og pårørende:

5. Behandlingsplan for pasientene mangler.
6. Plan for kontakt med pårørende mangler på alle nivå.

b) UTFØR

Oppfølging av pårørende/familie:

7. Pårørende er de som i realiteten opptrer som koordinatorene, pleiere og samtalepartnere for pasientene.
8. Hjemmesituasjonen til kreftpasienter, som er i konstant endring, følges ikke opp, hvis pasienten ikke i utgangspunktet har hjemmesykepleie.

Samarbeid med Kirkenes sykehus

9. Arena for diskusjon om avtaler/ prosedyrer mellom kommunehelsetjenesten og Kirkenes sykehus er uklar/ukjent/ ikke eksisterende
- Oppfølging fra fastlege

10. Tilrettelegging nødvendig for å senke terskler for kontakt.

Hjemmesykepleie

11. Det manglet planer rundt prosedyrer for samhandling rundt pasientene.
12. Har ikke fagmøter.
13. Mangler kompetanseplan/ kompetanseplan er ikke gjort kjent.

Sykestua

14. Implementering av prosjektet er mangelfull.
15. Det mangler prosedyrer for flere behandlingsopplegg.
16. Når opplæring har blitt gjennomført, har ikke prosedyrer samtidig blitt nedfelt.
17. Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere omfattes ikke av løpende opplæring på avdelingen (sykepleiefaglige møter). Det mangler felles fagmøter og plan for fagutvikling.
18. Prosedyrer fra nettverkene, hva gjelder cellegift og samarbeid kommunehelsetjeneste/spesialisthelsetjeneste, er under utarbeidelse, men ikke implementert.

c) KONTROLL

19. Sykestua og hjemmesykepleie har ikke organiserte arenaer for diskusjon av avvik/dårlig fungerende behandlingsmetoder. Sykestua har likevel uformelle arenaer hvor dette diskuteres (vaktrommet).

d) KORRIGER

Ingen avvik fra prosjektplan funnet.

V. Oversikt over regelverk

Lov om helse- og omsorgstjenester, forskrift om internkontroll
(15),

VI. Dokumentunderlag

- i) Prosjektbeskrivelse, Brobyggerprosjektet
- ii) Informasjon til pasienter og pårørende som deltok i intervju i oktober 2011
- iii) Det ble i mars 2012, ved Brobyggerprosjektets endepunkt, bedt om kopi av følgende skriftlige dokumenter datert i tidsrommet fra Brobyggerprosjektets oppstart til endepunkt:
 - Nye, skriftlige prosedyrer for helsepersonell.Dokument kunne ikke framskaffes.
- iv) Det ble i mars 2012, ved Brobyggerprosjektets endepunkt også bedt om kopi av følgende skriftlige dokumenter, fra tidsrommet mellom de to intervjurundene; oktober 2011-mars2012:
 - Skriftlige referat fra sykepleiefaglige møter
 - Skriftlige referat fra personalmøter
 - Skriftlige referat fra møter i ledelsesgruppaDokument kunne ikke framskaffes.

VII. Deltakere ved intervjuene

Hvem	1.intervjurunde	2.intervjurunde
Pasient 1	x	
Pasient 2	x	
Pårørende til avdød 1	x	
Pårørende til avdød 2	x	
Kommuneoverlege	x	x
Fastlege 1	x	
Fastlege 2		x
Turnuslege	x	
Leder sykestua	x	x
Sykepleier sykestua	x	x
Hjelpepleier sykestua	x	
Nyansatt leder hjemmetjenesten	x	
Tidligere leder hjemmetjenesten	x	x
Hjelpepleier i hjemmetjenesten	x	x
Leder pleie-omsorg og rehabilitering		x
Prosjektleder sykepleier	x	x
Helse- og omsorgssjef	x	x
Intervjuer 1: med. stud	x	x
Intervjuer 2: kommuneoverlege	x	

D: Diskusjon

I: Metoder:

i. Prosessevaluering:

Ved bruk av prosessevaluering som metode, kommer man ikke frem til harde endepunkter, slik man gjør i flere andre forskningsmetoder. Men i evalueringen av gjennomføring av Brobyggerprosjektet, er det ikke hensiktsmessig å se på utvikling i verken mortalitet eller letalitet. Dette vil kunne sees først svært langt uti prosessen, og vil kunne analyseres først lang tid etter prosjektets endepunkt. Først og fremst søker Brobyggerprosjektet å få implementert organisasjonsmessige endringer. Det er derfor selve gjennomføringen av prosjektet som i dette tilfellet er interessant, fra avvikling til endepunkt. Prosessevaluering som metode ble dermed valgt, og vurdert som hensiktsmessig.

ii. Kvalitetsvurdering/tilsynsmetodikk:

Demings sirkel⁽²⁾ har lenge vært brukt effektivt i andre typer organisasjoner enn i helsevesenet. Hensikten er kvalitetssikring. Gjennom kartlegging av problemer, planlegging, og evaluering av utførelsen av oppgavene, kan man spille inn nye oppgaver på bakgrunn av det som ikke fungerer, til ny plan. På den måten forbedres planen. Dette er ment å gi effekt hva gjelder kvalitet på produkter, service og tjenester. Sirkelen har blant annet vært mye brukt i japansk bilindustri for kvalitetssikring, med stor suksess. Når det kommer til det norske helsevesenet, er dette derimot en svært kompleks organisasjon. Det vil i mange situasjoner oppleves som utfordrende å skulle arbeide etter prinsippene i Demings

sirkel⁽²⁾. Denne tenkningen er allikevel basis for internkontroll og Helsetilsynets tilsynsmetodikk. Forskrift for internkontroll for sosial- og helsetjenesten forutsetter at kvalitetstenkningen som ligger til grunn for Demings sirkel benyttes, selv om det er mer komplisert enn i mindre komplekse organisasjoner. Hvis man skal ha optimal effekt av et slikt verktøy, må avvik registreres og tilføres systemet kontinuerlig, slik at praksis forbedres, og planer endres.

I helsevesenet gjøres samtidig mye av arbeidet i behandlingssituasjoner etter skjønn. Dette byr på utfordringer når man skal sette normer for faglig forsvarlig virksomhet i "utfør"-delen av Demings sirkel⁽²⁾. Det er derfor lagt ned et betydelig arbeid i Helsedirektoratet og andre faglige fora, for å lage faglige retningslinjer som kan danne basis for det faglige skjønn. Har man gitt normer for faglig forsvarlig praksis, må man også ha strategier for hvordan man skal påvirke den enkelte helsearbeider til å gjennomføre arbeidet etter retningslinjene. Dette blir ytterligere komplisert når endel av de ansatte innenfor helsesektoren er selvstendig næringsdrivende. Man har ikke i samme grad instruksjonsmyndighet overfor disse, noe som igjen vanskeliggjør arbeidet med overordnet kvalitetssikring av den behandling, og de tjenester, som ytes.

Kvalitetssirkelsens prinsipper er noe man i helsevesenet streber etter å legge til grunn for kvalitetsarbeid både i det daglige, og når de overordnede planer legges⁽⁹⁾. Sirkelen har i stor grad blitt lagt til grunn for utforming

av moderne tilsynsmetodikk; metoden som her er valgt til utførelsen av intervju for bruk i prosessevalueringen.

iii. Kvalitative intervju/tekniske hjelpemidler:

I oppgaven er intervjuene utført etter naturalistisk metode. Det er dermed ikke tatt høyde for bakenforliggende årsaker til de opplysningene man får fra intervjuobjekt i intervjusituasjon. Dette gjør at det ved naturalistisk tenkning er en fare for å overse elementer som kan ha betydning for utfall av evalueringen, og man kan tenke seg til at det ville være en viss hensikt i å gå nærmere inn på bakgrunnen for den informasjonen man får fram, også for å sikre at man har nok materiale for å gjøre en helhetlig prosessevaluering. Samtidig må intervjuene kunne brukes som instrument, og selve feltarbeidet må kunne gjøres over et akseptabelt tidsrom. Kvalitative, naturalistiske intervju er valgt som metode, både fordi det er et praktisk instrument med tanke på tidsbruk, og fordi man her har vurdert det til at viktige opplysninger om prosessen vil bli fanget opp ved hjelp av riktige spørsmålsformuleringer i intervjuguide.

Båndopptaker ble brukt som hjelpemiddel under intervjuene. Bruken av tekniske hjelpemidler i slik intervjusetting er diskutert tidligere i oppgaven under "Metoder", underpunkt II. Opptakeren ble til tross for diskuterte ulemper brukt underveis; dette både for reliabilitets- og validitetsaspektet av arbeidet.

II: Funn/konklusjoner:

Etter å ha evaluert prosessen ved gjennomføring av Brobyggerprosjektet, fra prosjektstart til prosjektets endepunkt, kan det trekkes flere konklusjoner på bakgrunn av funn:

Viktigste funn:

- i. **PLAN:** Planen for prosjektet var hele veien bedre kjent blant prosjektledelsen, enn blant de øvrige ansatte på grunnplan i kommunehelsetjenesten.
- ii. **UTFØR:** Få konkrete tiltak er gjennomført etter prosjektplan. Det er nedfelt én ny prosedyre. Den generelle kompetansen hva gjelder kreftomsorg blant helsepersonell i kommunen er økt. Det sees en merkbar, positiv endring av fokus blant alle grupper i kommunehelsetjenesten i Båtsfjord, når det gjelder kreftpasienter, deres barn og pårørende.
- iii. **KONTROLL:** Avvikssystem er godt kjent blant alle grupper av ansatte i kommunehelsetjenesten. I praksis sees et underforbruk av systemet.
- iv. **KORRIGER:** Gjennom prosessen ved gjennomføring av Brobyggerprosjektet, ble det i noen grad observert korreksjoner etter at resultater forelå fra første intervjurunde.

Konklusjoner:

Prosjektet har ikke blitt gjennomført etter prosjektplan. Prosjektmålene er i hovedsak ikke nådd, og man finner dokumentasjon på få konkrete tiltak som har blitt gjennomført i henhold til prosjektbeskrivelse. Gjennom prosjektanalyse observeres likevel generelt økt bevissthet rundt kreftomsorg, kreftpasienter og deres pårørende, blant de ansatte på alle plan i kommunehelsetjenesten.

Problemstillingen for oppgaven var å finne, gjennom prosessanalyse, om Brobyggerprosjektet har gitt styrket terminal kreftomsorg og bedre pasientløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Kreftomsorgen er noe bedret på bakgrunn av økt bevissthet og fokus. Den er derimot ikke bedret i den grad det, i henhold til prosjektplan, var forespeilet å være ved prosjektets endepunkt. Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er i noen grad bedret. Nettverksmøter med andre helseinstitusjoner er nå implementert som fast agenda til kommunehelsetjenesten, og gjennomføres på regelmessig basis. Bredden i utvalget av deltakere fra ulike omsorgsnivå ved avholdelse av møtene mangler, ved prosjektets endepunkt, fortsatt.

E: Referanser:

1. Helsetilsynet, "Om tilsyn", Oslo, 2012
Lokalisert 18.05.2012 på:
<http://helsetilsynet.no/no/Tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon>
2. Kaasa, K.: "Kvalitet i helse- og sosialtjenesten" , 1.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk, 2004
s. 147-150
3. Wikipedia, "Båtsfjord", Oslo, 2012
Lokalisert 18.05.2012 på:
<http://no.wikipedia.org/wiki/B%C3%A5tsfjord>
4. Helsedirektoratet, "Om Samhandlingsreformen", Oslo, 2011
Lokalisert 18.05.2012 på:
<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>
5. Helsedirektoratet, "Lokalmedisinske tjenester", Oslo, 2011
Lokalisert 18.05.2012 på:
<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/lokalmedisinske-tjenester/Sider/default.aspx>
6. Straume K, Søndena MS, Prydz, P: "Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians?" Rural Remote Health. 2010 Apr-Jun;10(2):1356.
Lokalisert 27.05.12 på:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20572748>
7. Straume K, Shaw DM: Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county, Bull World Health Organ. 2010 May;88(5):390-4.
Lokalisert 27.05.2012 på:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461137>
8. Straume K, Shaw DM: Internship at the ends of the earth - a way to recruit physicians?, Rural Remote Health. 2010 Apr-Jun;10(2):1366
Lokalisert 27.05.2012 på:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20572749>
9. P.M: Kommuneoverlege i Båtsfjord, Beate Søholt Lupton
 10. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin: "Telemedisin – nærhet på avstand", Tromsø
Lokalisert 27.05.2012 på
<http://www.telemed.no/index.php?cat=42656>
 11. Lindring i Nord: "Om lindring i nord." Tromsø, 2011
Lokalisert 27.05.2012 på:
<http://www.unn.no/om-lindring-i-nord/category20650.html>
 12. Helsedirektoratet: "IS-1529 Nasjonale faglige retningslinjer: Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen" . Oslo, 2012
Lokalisert 27.05.2012 på:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx>
 13. Linnan, L, Steckler A: Process Evaluation for Public Health Interventions and Research, John Wiley & Sons inc., 2002.
1. utg. s. 1-16
 14. Ryen, A: Det kvalitative intervjuet, Oslo, Fagbokforlaget, 2002.
1. utg. s. 15-28, 60-71, 96-124,144-171.
 15. Helse- og omsorgsdepartementet: Norske Lover, Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning, § 4 internkontroll. Oslo, 2009
Lokalisert 15.12.2010 på:
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20090701-0955.html>

F: VEDLEGG

1. "Prosjektbeskrivelse: Brobyggerprosjektet"
2. "Intervjuguide: Gode pasientløp i terminal omsorg og kreftbehandling i kommunehelsetjenesten. En evaluering."