Kreftkoordinator – trygg og effektiv kreftomsorg i kommunene

Evaluering av de velferdsmessige og økonomiske virkningene
Utarbeidet for Kreftforeningen

Juni 2017

oslo economics

Fürst og Høverstad

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et analyse- og evalueringsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Om Fürst og Høverstad

Fürst og Høverstad utvikler planleggings- og styringssystemer, hjelper offentlig forvaltning med å tilpasse organisasjonen og ledelsen til nye utfordringer og analyserer og utvikler tjenester, effektiviserer ressursbruken og sikrer tilgang til styringsinformasjon.

Fürst og Høverstad er et konsulentmiljø med spisskompetanse på ledelse, planlegging og økonomistyring i offentlig sektor, med særlig kompetanse innen kommunesektorens arbeid knyttet til helse og velferd. Vi tilbyr innsikt og analyser basert på lang erfaring og en sterk faglig kompetanse.

Kreftkoordinator – trygg og effektiv kreftomsorg i kommunene/2017_33
© Oslo Economics, juni 2017
Kontaktperson:
Erik Magnus Sæther / Partner
ems@osloeconomics.no, Tel. 940 58 192

Forord

Kreftkoordinator er en kommunal tjeneste som er tilgjengelig for kreftsyke og deres pårørende.

Kreftforeningen har medvirket til å utvikle ordningen og har siden 2012 gitt økonomisk støtte til kreftkoordinatorer i mer enn 200 kommuner.

Oslo Economics og Fürst og Høverstad har fått i oppdrag av Kreftforeningen å evaluere kreftkoordinatorordningen og analysere dens velferdsmessige og økonomiske virkninger.

Vi vil rette en takk til representantene i de samarbeidende kommunene som tok seg tid til å stille til intervju om kreftkoordinatorordningen i deres kommune/bydel: Drammen, Horten, Nes (Akershus), Bydel Frogner og Valdres interkommunale samarbeid. Videre vil vi takke alle kreftkoordinatorene som besvarte den elektroniske spørreundersøkelsen og har bidratt med beskrivelser av virkninger av kreftkoordinatorordningen. Takk også til Kreftforeningen for oppfølging og faglige innspill. Kontaktpersoner hos Kreftforeningen har vært Erik Resaland og Stine Bergliot Olsen.

Oppdraget ble gjennomført i løpet av første halvår 2017 av Erik Magnus Sæther (prosjektleder), Christoffer Bugge, Thea Sand og Ivar Sønbø Kristiansen fra Oslo Economics og Roland Fürst fra Fürst og Høverstad.

Oslo, juni 2017

Innhold

Forord 3

Sammendrag og konklusjoner 6

Summary and conclusions 12

1. Bakgrunn og metode 18

1.1 Bakgrunn 18

1.2 Problem og mål 18

1.3 Metodisk fremgangsmåte 18

2. Behov for brukerorientert og bærekraftig kreftomsorg 20

2.1 Vår tids alvorligste sykdom 20

2.2 Flere pasienter og bedre behandling gir høyere kostnader 20

2.3 Kreftomsorg i kommunene 21

3. Kreftkoordinatorordningen 24

3.1 Formålet med kreftkoordinatorsatsningen 24

3.2 Kreftkoordinators oppgaver og roller 24

3.3 Finansierings- og ansvarsdeling 25

3.4 Organisering av ordningen 26

4. Kreftkoordinators arbeid i praksis 29

4.1 Kreftkoordinators organisatoriske tilhørighet 29

4.2 Kreftkoordinators bakgrunn 30

4.3 Kreftkoordinators fordeling av arbeidstiden 31

4.4 Pasient- og pårørendekontakt 33

5. Kreftkoordinator har betydning for kreftrammede, kommuner og samfunnet 36

6. Virkninger for pasienter og pårørende 38

6.1 Trygghet og mestring 39

6.2 Informasjon og veiledning 39

6.3 Tilgang til riktige tjenester i kommunen 40

6.4 Mulighet til å dø hjemme 41

6.5 Oppsummering av virkninger for pasienter 42

7. Virkninger for kommunene 43

7.1 Kreftkoordinatorens rolle i kommunen 43

7.2 Personalkostnader 43

7.3 Strategiarbeid i kommunen 44

7.4 Kompetansebygging 44

7.5 Pasientforløp 45

7.6 Likhet i tjenestetilgang 52

7.7 Mer effektiv koordinering 52
7.8 Avlaster kommunale tjenester 54
7.9 Økt tjenestebruk 55
7.10 Oppsummering av virkninger for kommunene 56
8. Virkninger for samfunnet 58
8.1 Enklere koordinering for spesialisthelsetjenesten 58
8.2 Tidligere utskrivelse fra sykehuset 58
8.3 Forhindre reinnleggelser på sykehus 58
8.4 Muliggjør død utenfor sykehus 59
8.5 Forebygging 59
8.6 Økt tilknytning til arbeidslivet 59
8.7 Læring for andre diagnosegrupper 59
8.8 Økte utbetalinger fra NAV og HELFO 59
8.9 Oppsummering av virkninger for samfunnet 60
9. Samlet vurdering og innspill til videreutvikling av ordningen 61
9.1 Kreftkoordinator – samlet vurdering 61
9.2 Suksesskriterier for kreftkoordinatorrollen 61
9.3 Sentrale utfordringer med kreftkoordinatorrollen 63
9.4 Samlet vurdering av kreftkoordinatorsatsingen 64
Vedlegg 65
Vedlegg 1: Spørreundersøkelse 65
Vedlegg 2: Intervjuguide 71
Vedlegg 3: Kreftforeningens beskrivelse av stillingen og ansvarsdeling 75
Referanser 77

Sammendrag og konklusjoner

Kreftkoordinatorrollen har blitt en viktig del av kreftomsorgen, og ordningen har bidratt til en profesjonalisering av tjenestetilbudet i mange norske kommuner. En velfungerende kreftkoordinator kan bidra til en bedre kreftomsorg og en mer effektiv utnyttelse av kommunens ressurser. Evalueringen viser at Kreftforeningens initiativ til en etablering av kreftkoordinatorstillinger i mange av landets kommuner har vært vellykket.

Kreftkoordinatorene skal bidra til å gi kreftpasienter og pårørende et kvalitativt bedre omsorgstilbud ved å koordinere tjenester og andre tilbud, og ved å informere, gi råd og veiledning i alle faser av et sykdomsforløp. Kreftkoordinator er et lavterskeltilbud og tjenesten skal være lett tilgjengelig for pasienter og pårørende. Gjennom samarbeid med andre aktører skal kreftkoordinatorene bidra til utvikling av gode rutiner og møteplasser som kan gi en bedre kreftomsorg.

Den kommunale helse- og omsorgtjenesten har fått en stadig større rolle i kreftomsorgen. Kreftforekomsten i Norge øker, og det blir flere som helbredes for kreft eller lever med kreft som en kronisk sykdom. Kombinert med de demografiske endringene vi står overfor, vil dette medføre en betydelig økning i fremtidens ressursbehov innenfor kreftomsorgen.

Mange pasienter og pårørende opplever at de blir godt ivaretatt. Samtidig opplever andre at de ikke blir tilstrekkelig fulgt opp eller får mangelfull informasjon. Det er krevende å forholde seg til mange ulike tjenesteytere, både i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mangelfull koordinering og kommunikasjon mellom tjenesteyterne kan være en medvirkende årsak til dette. I tillegg kommer behovet for avklaring med NAV, skole og arbeidsgiver. Det er videre utviklet en rekke andre tilbud til pasienter og pårørende som mange ikke kjenner til. Kreft-koordinatorrollen er utviklet for å medvirke til økt mestring og for å styrke arbeidet med gode pasientforløp. Ordningen må ikke forveksles med forløpskoordinatorer som koordinerer pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten.

Budsjettbegrensninger i kommunene tvinger dem til å prioritere tiltak som er effektive. Det er behov for å synliggjøre konsekvensene av å ansette en kreftkoordinator.

Virkninger av kreftkoordinatorordningen

Oslo Economics har sammen med Fürst og Høverstad evaluert kreftkoordinatorsatsningens velferdsmessige og økonomiske virkninger for pasienter, pårørende, kommunen og for samfunnet for øvrig. Arbeidet er basert på dokumentstudier, intervjuer, en spørreundersøkelse blant kreftkoordinatorene, offentlig tilgjengelig statistikk og egne analyser og vurderinger.

Virkninger for pasienter og pårørende

Kreftkoordinatorordningen oppleves som svært positiv av pasienter og pårørende.

Trygghet og mestring blir trukket frem som en av de viktigste virkningene av arbeidet til kreftkoordinator. Det kan handle om å skaffe oversikt over eksisterende tilbud og å svare på

spørsmål fra pasientene slik at eventuelle problemer ikke eskalerer. Kreftkoordinator oppleves også som viktig for å gi pasientene trygghet for at de har tilgang til de tjenester de har behov for.

For mange pasienter fungerer kreftkoordinator som det trygge kontaktpunktet som skaper en kontinuitet i relasjonen til pasient og pårørende. Dette kan øke livskvaliteten og bidra til at pasientene kan bo lengre hjemme, og at pasienter og pårørende kan komme raskere tilbake til hverdagen og jobb.

Kreftkoordinatorordningen bidrar til at kreftrammede opplever økt kvalitet i tjenestetilbudet ved at tjenestene er bedre koordinerte, at de får råd om og tilgang til riktige tjenestetilbud og bistand til å finne frem i det offentlige systemet. I løpet av et år følger en kreftkoordinator i gjennomsnitt opp 77 pasienter og deres pårørende. Noen pasienter har et ønske om å dø i hjemmet. Dette kan være krevende å få til, og kreftkoordinator kan spille en viktig rolle i å bidra til å muliggjøre dette om pasienten og pårørende ønsker det.

Virkninger for kommunen

Dersom kommunene på egenhånd finansierer kreftkoordinator vil det påløpe årlige personalkostnader (inkludert sosiale kostnader) på 600-650 000 kroner. Ansettelse av en kreftkoordinator medfører imidlertid en rekke nyttevirkninger for kommunen. Enkelte av disse virkningene har vi forsøkt å prissette. Andre virkninger er behandlet som ikke-prissatte effekter og beskrevet kvalitativt.

Mange kommuner har velkoordinerte tjenester og tar raskt imot pasienter fra sykehus. Andre kommuner har et større forbedringspotensial. Vi har lagt til grunn konservative (lave) anslag på nytteeffekter og benyttet anslagsintervaller. Vi har prissatt følgende virkninger av kreftkoordinator:

- *Trygge og effektive pasientforløp: Kreftkoordinator er i stand til å kartlegge og vurdere pasienter og pårørendes behov. Med utgangspunkt i kartleggingen vil kreftkoordinator koble på riktig tjeneste til riktig tid. Endringer i pasientforløpet kan gi følgende virkninger for kommunene:*
    - *Færre overliggerdøgn: Kreftkoordinatorens kontakt med sykehuset kan bidra til at noen pasienter skrives ut tidligere, noe som kan utløse gevinster for kommunene i form av reduserte kostnader ved overliggerdøgn. Kreftkoordinator gjør spesialisthelsetjenesten trygg på at kommunene er i stand til å ta imot pasienten og gjør overgangen til kommunehelsetjenesten enklere. Det er store forskjeller i kommunenes kapasitet. Vi har anslått at en kreftkoordinator gjennomsnittlig reduserer kommunens utgifter til «overliggerdøgn» til mellom 40 000 og 80 000 kroner årlig.*
    - *Færre korttidsopphold: Ved å identifisere pasientenes behov og i større grad tilrettelegge for at pasienten kan bo hjemme, kan kreftkoordinator bidra til å redusere antall korttidsopphold på institusjon. Besparelsene er beregnet til mellom 10 000 og 90 000 kroner per år.*
    - *Mindre hjemmetjenester i første fase: Behandling på riktig tjenestenivå vil kunne gi besparelser og medføre at pasientene får færre kommunale tjenester. En kvalifisert*

behovsvurdering vil kunne bidra til at enkelte pasienter klarer seg lengre uten hjemmetjenester. Hjemmetjenestene kan for eksempel erstattes med støttesamtaler eller riktige hjelpemidler i hjemmet. Besparelsene er beregnet til mellom 50 000 og 200 000 kroner per år.

- *<u>Utsatt sykehjeminnleggelse:</u> Ved å skape trygghet og tillitt mellom pasienter, pårørende og den kommunale helsetjenesten, samt ved å koble på riktige tjenester, kan kreftkoordinator bidra til at kreftpasientene kan bo lengre hjemme. Dette vil utsette innleggelse i sykehjem. Vi har beregnet at hver kreftkoordinator gjennomsnittlig sparer kommunen for mellom 150 000 og 450 000 kroner som følge av utsatt sykehjeminnleggelse. Det er imidlertid grunn til å tro at dette vil øke ressursinnsatsen til hjemmetjenesten. Vi har anslått dette til mellom 85 000 og 200 000 kroner per kreftkoordinator. Samlet er denne virkningen anslått til å gi en besparelse på mellom 65 000 og 250 000 kroner.*
- *<u>Mulighet til å dø i hjemmet:</u> Død i hjemmet oppleves av mange pasienter og pårørende som en god avslutning på livet. Det kan også ha økonomiske konsekvenser for kommunene. Kreftkoordinator spiller en viktig rolle for å tilrettelegge for at det er mulig at pasientene får dø i hjemme dersom pasienter og pårørende har et ønske om det. Dersom død i hjemmet erstatter død på institusjon vil kommunen ofte oppnå besparelser. Dersom det erstatter død på sykehus, vil kostnadene i kommunen øke, mens samfunnet oppnår besparelser. Samlet er virkningen anslått til å variere fra en merkostnad på 90.000 til en besparelse på 50.000 kroner.*

- *<u>Mer effektiv koordinering:</u> Kreftkoordinator styrker tjenestetilbudet i kommunene gjennom å bidra til bedre samhandling mellom sykehus og kommuner og mellom avdelinger og enheter innad i kommunen. Mange vurderer at kreftkoordinatorene utfører koordineringsoppgavene mer effektivt enn annet helsepersonell og andre kommuneansatte. Begrunnelser for dette er blant annet at kreftkoordinator har bedre oversikt over kommunale helsetjenester og andre tilbud og en bedre tilgang til riktig person i spesialisthelsetjenesten. Virkningen er anslått til mellom 20 000 og 45 000 kroner.*

- *<u>Avlaster kommunale tjenester:</u> Av Kreftforeningens beskrivelse av stillingen fremgår det at kreftkoordinator skal bidra til noe kvalitativt nytt i kommunen, og ikke være en videreføring av eksisterende stillinger og funksjoner. Det er likevel mange som oppgir at kreftkoordinatorene avlaster andre. Kreftkoordinator kan frigjøre annen arbeidskraft som ellers ville utført oppgavene. Det er arbeidskraften til andre sykepleiere og i noen grad helsefagarbeiderens, fastlegenes og helseadministrasjonens som frigjøres. Kreftkoordinatorene får av og til henvendelser fra pasientens fastlege som mener det er hensiktsmessig å tilby støttesamtaler, men hvor det ikke nødvendigvis er behov for psykolog eller psykiater. Dette kan redusere behovet for denne typen tjenester. Virkningen er anslått til mellom 100 000 og 300 000 kroner per år avhengig av hvordan tjenesten organiseres.*

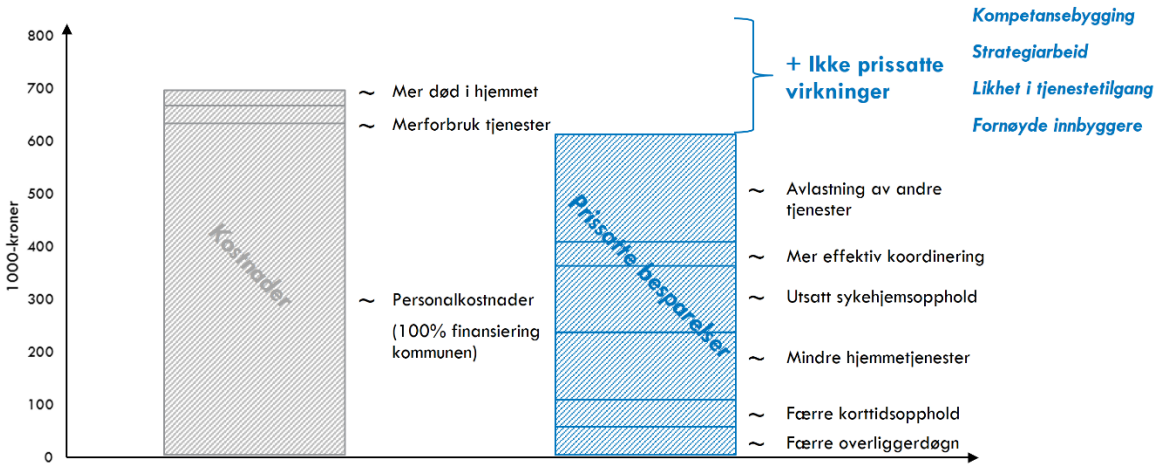
- *<u>Merforbruk av andre tjenester:</u> Det at kreftkoordinator kobler inn andre kommunale tjenester kan potensielt føre til økt bruk av tjenester. «Merforbruket» av tjenester kan være nødvendig og ha forebyggende effekter og er anslått til mellom 50 000 og 200 000 kroner. Dersom tjenesten*

som kobles på gir pasienten økt livskvalitet og trygghet, og avlaster pårørende, kan det ha stor verdi som oppveier merforbruket.

Besparelsen for kommunen ligger i om kreftkoordinator bidrar til at det for den enkelte pasient gjøres helhetlige vurderinger slik at det kan settes inn riktig tjeneste, på riktig nivå og til riktig tid – med andre ord en optimalisering av tilbudet.

Figur 0-1 gir en oversikt over de prissatte gevinstene og kostnadene for en kommune forbundet med å ansette en kreftkoordinator. Figuren viser at de prissatte nyttevirkningene tilnærmet utligner kostnadene av å ansette en kreftkoordinator. For mange kommuner vil summen av de prissatte og de ikke prissatte nyttevirkningene trolig overstige kostnadene. Slik sett blir kostnadene ved de ikke prissatte kvalitetsforbedringene lav. Flere kommuner vil trolig også kunne oppnå en økonomisk besparelse.

Figur 0-1: Prissatte virkninger av kreftkoordinator, per kreftkoordinator per år, 2017-kroner



Kilde: Beregninger Oslo Economics og Fürst og Høverstad. Merknad: I illustrasjonen har vi lagt til grunn gjennomsnittet av høyt og lavt anslag. Det er knyttet usikkerhet til anslagene.

I tillegg er det identifisert følgende ikke-prissatte virkninger:

- *<u>Styrket strategiarbeid i kommunen:</u> Kreftkoordinator skal bidra til å arbeide for å forbedre kreftomsorgen i kommunen. Et stadig viktigere område er systematisk informasjonsarbeid, utarbeidelse av folkehelseplaner, forebyggingstiltak og kommunale strategier, herunder å utvikle strategiplaner for enkeltfaser (f.eks. rehabilitering) eller enkeltgrupper (f.eks. barn og unge med kreft). Ansettelse av kreftkoordinator sikrer prioritet til dette arbeidet og frigjør arbeidskraft i administrasjonen.*

- *<u>Kompetansebygging:</u> Kreftkoordinatorene har ofte lang erfaring og høy kompetanse på kreftomsorg, og arbeider systematisk med å styrke kompetansen i kommunen. Kreftkoordinator er en faglig ressursperson for annet helsepersonell, men bidrar også til å spre kunnskap om kreft til tjenester utover helsesektoren.*

- *<u>Likhet i tilgang på tjenester:</u> Kreftkoordinators oppgave er blant annet å sørge for at kreftpasienter og deres pårørende får tilgang til de tjenestene de har krav på. Flere*

kreftkoordinatorer oppgir at de jobber spesielt med å fange opp de svakere gruppene i samfunnet. Disse har et større behov for praktisk koordineringsbistand fra kreftkoordinator enn ressurssterke pasienter med sterkt nettverk. Ulikheten oppleves som økende og kreftkoordinatorene møter stadig individer som faller utenfor «normalsamfunnet».

- *Fornøyde innbyggere: Gjennom sitt arbeid bidrar kreftkoordinator til at pasienter, pårørende og deres nettverk blir mer fornøyde med tjenestene kommunen tilbyr. Bedre behandlingsforløp, økt mestring og styrking av livskvalitet for kreftpasienter og deres pårørende blir verdsatt høyt. Tilfredshet med tjenester kan ofte handle vel så mye om informasjon og opplevelse enn tjenestenes «objektive» innhold.*

Virkninger for samfunnet forøvrig

Tidligere utskrivelse fra sykehus, færre reinnleggelser og at færre dør på sykehus innebærer en gevinst for samfunnet. Tjenester i pasientens hjem eller kommunens institusjoner har lavere kostnader enn i sykehus. Kreftkoordinator kan også bidra til nødvendige sykehusinnleggelser som bidrar til å forebygge komplikasjoner eller plager eller for tidlig død.

Ordningen kan imidlertid også bidra til at pasienter og pårørende blir oppmerksomme på rettigheter til økonomisk stønader hvilket betyr økte offentlige utgifter (en fordelingsvirkning).

Samlet vurdering

Kreftkoordinator er et tiltak som svarer til samfunnets behov og pasientenes og pårørendes forventninger. Ansettelse av kreftkoordinator i kommunene er også i samsvar med strategiene for helsetjenesten og kreftomsorgen. Denne evalueringen finner at kreftkoordinatorene ofte jobber der det er behov, og der de mener det mest hensiktsmessig. Dette bidrar igjen til ulik praksis. Økt trygghet, økt kvalitet, helhetlige tjenester og inkludering gir kvalitativt bedre kreftomsorg og fornøyde innbyggere. Fornøyde innbyggere, effektiv koordinering, optimalisering av pasientforløp og avlastning av andre kommunale tjenester gjør at kommuner opprettholder kreftkoordinatorordningen, selv om de identifiserte økonomiske besparelsene for kommunen ikke alltid kan ventes å overstige kostnadene. I tillegg kommer ressursbesparelser i spesialisthelsetjenesten og for samfunnet for øvrig.

Kreftforeningens initiativ

Kreftforeningen registrerte de utfordringene som den offentlige helse- og omsorgstjenesten står overfor, og tok i 2012 initiativ til en kreftkoordinatorsatsing på kommunalt nivå. Kreftforeningen bidrar med oppstartfinansiering tilsvarende 75 prosent av kreftkoordinators bruttolønn i ordningens første tre år. Deretter økes kommunens medfinansieringsansvar. Siden 2012 har Kreftforeningen brukt omtrent 144 millioner kroner på kreftkoordinatorordningen og har foreløpig satt av til sammen 213 millioner kroner til satsningen.

Kreftforeningen har bidratt til utbredelse av ordningen i et stort antall kommuner. Det er i dag 128 kreftkoordinatorstillinger med støtte fra Kreftforeningen. Ordningen omfatter så langt omlag 200 av Norges 426 kommuner og 70 prosent av landets befolkning. Samlet vurderer vi at kreftkoordinatorordningen er til stor nytte for pasienter og deres pårørende. Dette bekreftes i

tilbakemeldingen fra pasienter og pårørende, fra kommuner som har prøvd ut ordningen, fra kreftkoordinatorene selv og fra annet helsepersonell.

Forbedringsmuligheter

Stillingen som kreftkoordinator i kommunene er fortsatt relativt ny, og i mange kommuner er man fortsatt i en tidlig fase. Egnethet er spesielt viktig for å fungere i rollen som kreftkoordinator, og rekrutering av kandidater som passer godt i rollen er derfor sentralt. Videre er det behov for riktige rammer, både hva gjelder plassering og forankring i kommunen(e). Tilbakemeldingene fra intervjuene er at det fungerer best der kreftkoordinatoren er ansatt i en 100% stilling. Rolleklarhet er også sentralt for å sikre en velfungerende ordning. *Det er i dag stor variasjon i måten kreftkoordinator jobber på, og det bør jobbes for klare roller for å unngå dobbeltarbeid og potensielle konflikter med annet personell i kommunene. Fokuset bør være på å videreutvikle ordningen som et lavterskeltilbud, med fokus på koordineringsarbeidet.*

Summary and conclusions

The role of the cancer care coordinator has become an important part of the cancer care in many Norwegian municipalities, contributing to a more professional cancer care regime. A well-functioning cancer coordinator may contribute to more efficient utilization of municipal resources. The Norwegian Cancer Society's initiative to the establishment of many municipal cancer care coordinators has been very successful.

The cancer care coordinator shall contribute to improved quality of services for cancer patients and their next-of-kin by helping to coordinate services, provide information, serve as a personal guide and advisor in all phases of the course of the disease. The services of the cancer coordinator should be low-threshold and readily available to cancer patients and their next-of-kin. Through the collaboration with other instances, the cancer care coordinator shall contribute to build well-functioning systems and routines that contribute to better quality of services for the municipal's cancer patients.

The municipal health care service has an increasingly large role in the public cancer care. Cancer incidence in Norway is growing, and increasingly more people are being cured of cancer or are living with a chronic cancer disease. This, combined with the demographic changes we are facing, will lead to a significant increase in resources needed to meet the future cancer care. Municipalities are forced to prioritize effective measures due to strict budget constraints. Thus, there is a need to examine the consequences of hiring a cancer coordinator.

Many patients and next-of-kin experience that they are well taken care of. At the same time, some experience that the follow-up and information they receive is inadequate. It may be demanding to relate to many different service providers, both in the specialist health service and the municipal health care service. Poor coordination and communication between service providers can be a contributing factor to this.

Effects of the cancer care coordinator service

Oslo Economics, together with Fürst & Høverstad, have evaluated the welfare and economic impacts of the cancer coordinator initiative for patients and their next-of-kin, the municipality as well as for the society. The work is based on relevant literature, interviews, an electronic survey, publicly available statistics and own analyses and assessments.

Effects of the cancer care coordinator for patients and their next-of-kin

The cancer care coordinator service is perceived as very positive among patients and their families.

An important effect of the work of cancer care coordinators is that they provide safety and help in managing the disease. This is largely due to the cancer care coordinators' informed overview of relevant services and offers that the patient has the right to utilize, and that they are available to answer questions that patients may have.

To many patients, the cancer care coordinator becomes an available contact person that allows for continuity in the relation to patients and their next-of-kin. This may improve the quality of life of

patients and contribute to more patients staying at home for longer. Moreover, the service may help patients and their next-of-kin return to everyday life and work.

The cancer care coordinator service contributes to increased quality of cancer care services, because the services are better coordinated, that they can afford advice and access to the right services and assistance in achieving access to the public services. During a year, the average cancer care coordinator has contact with 77 patients and their next-of-kin. Some patients have a wish to die at home. This may be challenging for the municipality to accommodate, and the cancer coordinator can play an important role in making this happen when that is the wish of the patient and their next-of-kin.

Effects of the cancer care coordinator for the municipalities

Annual staff costs (including social costs) of employing a full-time cancer care coordinator is approximately NOK 635,000. The appointment of a cancer care coordinator has several beneficial effects for the municipality. Some of these effects have we have made an effort to estimate quantitatively, while some non-monetised impacts are described qualitatively.

Many municipalities have well-coordinated services and have well-established routines for accommodating patients from the hospital. Other municipalities have greater improvement potential. Thus, we have assumed conservative (low) estimates of utility effects and present estimate intervals. The following effects of the cancer care coordinator are treated quantitatively:

- *Safe and efficient stages of cancer for patients: The cancer care coordinator assess the needs of cancer patients and their next-of-kin. According to the survey, the cancer care coordinator connects the patient with the correct service at the right time. The impact of a cancer care coordinator for municipalities at the different stages of cancer may be:*
    - *Fewer overdue discharges: The cancer coordinator's contact with the hospital may help to discharge some patients earlier. If the municipalities were not otherwise ready to receive the patient, this may reduce the municipalities' costs related to overdue discharges. The cancer care coordinator may contribute to assure the specialist health service that the municipalities can accommodate the cancer patient, thus making the transition to the municipal health services easier. Our estimate is that a cancer care coordinator on average contributes to reduce the municipality's costs related to overdue discharges by between NOK 40.000 (low estimate) and NOK 80.000 (high estimate) per year.*
    - *Fewer short-term stays: By identifying patient needs and facilitating so that the patient's ability to live at home increases, the cancer coordinator can help reduce the number of short-term stays at the institution. Our estimate is that a cancer care coordinator on average contributes to reduce the municipality's costs related to short-term stays by between NOK 10.000 (low estimate) and NOK 90.000 (high estimate) per year.*
    - *Fewer home care services in the first phase: Treatment at the right level of service can may contribute to more correct, but fewer municipal services. The cancer coordinators qualified assessment of patient needs could help some patients manage longer without*

home care services. For example, home care services can be replaced with support calls or appropriate home remedies. Our estimate is that a cancer care coordinator on average contributes to reduce the municipality's costs related to home care services by between NOK 50.000 (low estimate) and NOK 200.000 (high estimate) per year.

- *Deferred nursing home admissions: By providing comforting, trusting relations between patients, next-of-kin and the municipal health services, in addition to providing the right health care services, the cancer coordinator can help cancer patients stay longer at home, thus postponing nursing home admission. Our estimate is that a cancer care coordinator on average contributes to reduce the municipality's costs by between NOK 150.000 (low estimate) and NOK 450.000 (high estimate) per year. However, there is reason to believe that this will increase the resource effort of the home service. This is estimated to between NOK 85.000 and NOK 200.000 per cancer care coordinator.*
- *Makes it possible for patients to die at home: Home death is for many cancer patients perceived as a nice end of life. More patients dying in their homes rather than in hospital or other institutions, can also have financial consequences for the municipalities. The cancer care coordinator in many municipalities play an important role in facilitating patient home death. Our estimate is that a cancer care coordinator on average contributes to reduce the municipality's costs related to patient home deaths by between NOK -90.000 (low estimate) and NOK 50.000 (high estimate) per year. The estimates heavily depend on the assumptions of alternatives to patient home death.*

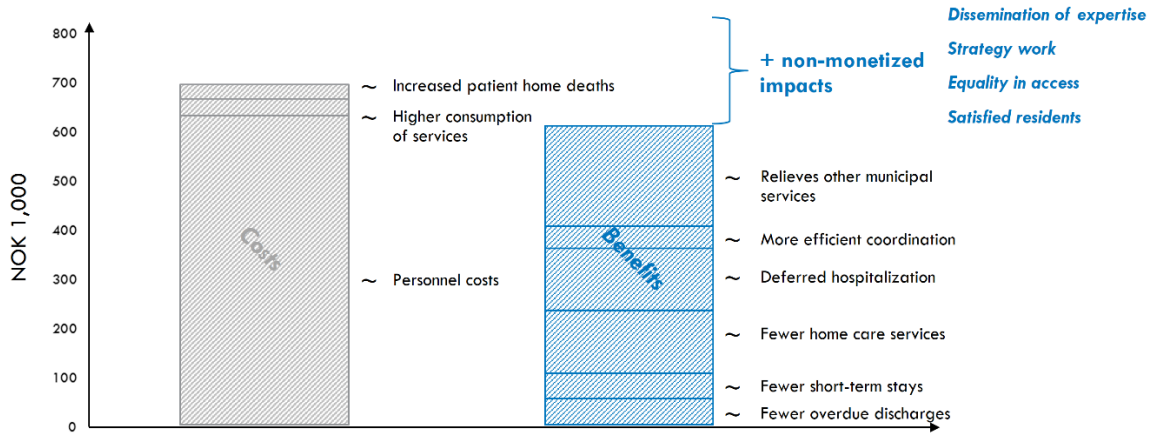
- *More efficient coordination: The cancer care coordinator raises the quality in the provision of services in municipalities by contributing to better interaction between hospitals and municipalities and between departments and units within the municipality. According to the cancer care coordinators, they execute coordination tasks more efficiently than health professionals and other municipal employees because they, among other things, have a better overview of the overall municipal health services and other offers and better access to the right people in the specialist health service. The effect is estimated to between NOK 20.000 (low estimate) and NOK 45.000 (high estimate) per year.*
- *Relieve other municipal services: According to the Norwegian Cancer Care Society's description of the cancer care coordinator, the position should not represent a continuation of existing municipal positions and functions. Still, several cancer care coordinators state that they sometimes relieve other municipal services of their tasks. Thus, the cancer care coordinator may relieve some of the labour of nurses, health care workers, general practitioners and health care administration, whom would otherwise conduct these tasks. For example, general practitioners can refer patients to the cancer care coordinator for supportive conversations, which may reduce the need for the services of psychologists or psychiatrists. Our estimate of this effect is between NOK 100.000 and NOK 300.000 per year dependent on how services are organized in the municipality.*
- *Increased use of services: Cancer care coordinators can potentially contribute to increased use of services. The additional use of services may however be highly necessary or have preventative effects and is estimated to between NOK 50.000 (low estimate) and NOK 200.000 (high*

estimate) per year. If the additional services contribute to improved quality of life or relieves next-of-kin, the increased use of services may outweigh the costs of the excess service usage.

Possible savings for the municipality depends on whether the cancer care coordinator is able to make comprehensive assessments of each cancer patient so that the correct service is put in place at the right level and at the right time, i.e. optimize the cancer care.

Figure 0-1 provides a summary of the estimated benefits and costs for a municipality related to employing a cancer care coordinator. The figure shows that the monetized benefits almost exceeds the cost of hiring a cancer coordinator. For many municipalities, the sum of the monetized and the non-mon effects will exceed the costs. As such, the cost of the non-monetized quality improvements is low. Several municipalities will probably also be able to achieve economical savings.

Figure 0-1: The economic effects of cancer care coordinator, per cancer care coordinator per year (2017)



Source: Calculations by Oslo Economics and Fürst og Høverstad. Note: The average between high and low estimates are used in the illustrations. Estimates are uncertain.

In addition, the following non-monetized impacts of the cancer care coordinator service have been identified:

- *<u>Municipal strategy work:</u> Cancer care coordinators shall contribute to improving municipal cancer care. For the municipality, this includes systematic public information, preparation of public health plans and municipal health care strategies, and developing strategy plans for certain phases or types of diagnosis groups within the area of cancer care. The cancer care coordinator ensures that priority to strategy work, thus relieving labour in the municipal administration.*

- *<u>The dissemination of expertise:</u> Most cancer care coordinators have extensive experience and high level of expertise in cancer care. They work systematically to strengthen the competence in the field in the municipality. The cancer care coordinator is a professional resource for other healthcare professionals, but also contributes to spread knowledge about cancer to services beyond the healthcare sector.*

- *Equality in the access to services: The cancer care coordinator ensures that cancer patients and their next-of-kin gain access to the services that they are entitled to. Some cancer care coordinators work systematically to capture the weaker groups in society who have a greater need for cancer coordinator assistance than those who are more resourceful.*
- *Satisfied residents: Through their work, the cancer coordinator helps patients and relatives to be satisfied with the services the municipality offers. Better treatment processes, patient empowerment and improved quality of life for cancer patients and their relatives are highly valued. Service satisfaction may depend just as much on information and experience with the service as the actual content of the service.*

Impact of the cancer care coordinator service on society as a whole

Earlier hospital discharge, fewer readmissions and fewer hospital deaths represent an economic benefit to society. Health care services provided to patients that live in their home or in institutions in the municipality, implies lower costs than hospitalization. On the other hand, the cancer care coordinator may contribute to necessary hospitalizations that help prevent complications or premature death.

The cancer care coordinator service can also contribute to increased costs if patients and their next-of-kin are informed about entitlements to financial benefits, thus contributing to increased public spending (this is a distributional effect).

Conclusion

Cancer care coordinator is an initiative that corresponds well to the needs of the society and the expectations of patients and their relatives. Appointment of a cancer care coordinator is also in accordance with the strategies for health services and cancer care. This evaluation finds that the cancer coordinators often work where needed, and where they feel they can do most good for patients and their relatives. Increased security, increased quality, comprehensive services and inclusion provide qualitatively better cancer care and satisfied residents. Satisfied residents, efficient coordination, patient care optimization and relief of other municipal services imply that many municipalities are likely to maintain the cancer care coordinator service, even though the identified financial savings for the municipality are not expected to exceed the total costs of the service.

The initiative of the Norwegian Cancer Society

In 2012, the Norwegian Cancer Society initiated their cancer care coordinator initiative in municipalities as a response to the challenges facing public health care services. The Norwegian Cancer Society finance 75 per cent of the cancer care coordinator's gross salary during the first three years of the service, after which the municipality's co-financing responsibility increases. Since 2012, the Norwegian Cancer Society has spent about NOK 144 million on the cancer care coordinator service.

The Norwegian Cancer Society has contributed to the establishment of the service in many municipalities. Today, there are 128 cancer care coordinator positions that receive financial support from the Norwegian Cancer Society. The service currently comprises about 200 of Norway's 426

municipalities and about 70 per cent of the population. Overall, our assessment concludes that the cancer care coordinator service is of great benefit to patients and their next-of-kin. This is confirmed by the feedback from patients and next-of-kin, from municipalities that have implemented the service, from the cancer care coordinators themselves and from other health care professionals.

Possibility for improvement

The position as a cancer care coordinator is still relatively new, and in many municipalities the scheme is still in an early phase. Suitability is particularly important in order to function as a cancer care coordinator, and recruitment of candidates that fits well in the role is therefore important. Furthermore, there is a need for a proper framework, both in terms of location and anchorage in the municipality (s). The feedback from the interviews is that it works best where the cancer care coordinator is employed in a 100% position. Clear roles is also important to ensuring a successful scheme. There is a great deal of variation in the way the cancer care coordinator works, and clear working roles is fundamental to avoid misunderstandings and potential conflicts with other personnel in the municipalities. Focus should be on further development of the scheme as a low-threshold offering focusing on coordination work.

1. Bakgrunn og metode

Ordningen med kreftkoordinatorer ble etablert i 2012 som et samarbeid mellom kommunene og Kreftforeningen. Kreftkoordinatorene skal bidra til en kvalitativt bedre kreftomsorg gjennom forebygging og ved å koordinere tjenestetilbudet for best mulig tilrettelegging av hverdagen til pasienter og pårørende og ved å informere, gi råd og veiledning i alle faser av et sykdomsforløp. Gjennom samarbeid med andre aktører skal kreftkoordinatorene bidra til gode rutiner og systematisk arbeide for en bedre omsorg for kommunens kreftpasienter.

Kreftforeningen har bidratt faglig og økonomisk med å utvikle og etablere ordningen i kommunene. En utvidelse av ordningen med overgang til permanent status vil kreve offentlig finansiering. For å belyse velferdsmessige og økonomiske effekter av kreftkoordinatorsatsningen har Kreftforeningen initiert en evaluering av ordningen.

1.1 Bakgrunn

Kreft er i dag en av de største utfordringene helse- og omsorgstjenesten står ovenfor. Kreftforekomsten i Norge øker, og det blir stadig flere kreftoverlevere og personer som lever med kreft som en kronisk sykdom.

Samhandlingsreformen betyr at den kommunale helse- og omsorgstjenesten får en stadig større rolle. Mange pasienter og pårørende opplever at de blir godt ivaretatt. Samtidig opplever noen at de ikke blir sett og fulgt opp, får mangelfull informasjon, og at det er krevende å forholde seg til at tjenestene ikke er koordinerte.

Kreftforeningen har fanget opp disse utfordringene, og tok i 2012 initiativ til en kommunal kreftkoordinatorordning der Kreftforeningen bidrar med oppstartfinansiering. Kreftkoordinatorordninger med støtte fra Kreftforeningen finnes i dag for omtrent 200 kommuner. I tillegg har enkelte kommuner lignende ordninger uten støtte fra Kreftforeningen. Flere sykehus har forløpskoordinatorer som skal hjelpe pasienter og pårørende gjennom sykehussystemet.

1.2 Problem og mål

Kreftforeningen har vist stort engasjement med å få kreftkoordinatorordningen etablert i et betydelig antall kommuner. Et stort antall brukere er svært fornøyd, men Kreftforeningen og kommunene har også brukt betydelig tid og økonomiske midler for å etablere og utvikle ordningen. Kreftforeningens midler er i hovedsak giverpenger – og det er derfor viktig å synliggjøre verdien av det foreningen bruker penger på.

Mange kommuner er så fornøyd med kreftkoordinatorordningen og dens konsekvenser for kommunens innbyggere at de allerede har vedtatt at de vil etablere kreftkoordinator som en fast, kommunalt finansiert ordning. Samtidig er det andre kommuner som ikke har tatt ordningen i bruk eller som prøver ut ordningen i dag, men som avventer beslutning om å etablere kreftkoordinator som en permanent tjeneste.

For å belyse velferdsmessige og økonomiske effekter av kreftkoordinatorsatsningen på kort og lang sikt har Kreftforeningen initiert en evaluering av ordningen.

1.3 Metodisk fremgangsmåte

Evalueringen er basert på dokumentstudier, intervjuer, spørreundersøkelser, statistikk og økonomisk analyse.

Relevant litteratur inkluderer:

- Nasjonal kreftstrategi 2013-2017
- Tidligere evalueringer av Kreftkoordinatorordningen, bl.a. Kunnskapssenteret og TNS Gallup
- Brukerundersøkelser
- Forskningslitteratur
- Offentlige utredninger om helsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstilbud.

Vi har gjennomført case-studier av fem kreftkoordinatorordninger:

- Nes kommune i Akershus
- Drammen kommune
- Horten kommune
- Valdres interkommunale samarbeid
- Bydel Frogner i Oslo kommune

Leder av helse- og omsorgstjenesten i kommunen, kreftkoordinator, kommuneoverlege og representanter fra hjemmesykepleien og sykehjem ble invitert til å delta i hver sine sesjoner med intervjuer. De fleste intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt mens noen

ble gjennomført per telefon. Hvert intervju varte mellom én og halvannen time. Intervjuene ble gjennomført i mars og april 2017. Det ble utarbeidet en intervjuguide med hovedtema og overordnete spørsmål som ble sendt til intervjuobjektene i forkant av samtalene (Vedlegg 2).

Informasjonen fra intervjuene ble deretter benyttet til å utarbeide et elektronisk spørreskjema. Det ble sendt til alle kreftkoordinatorene, både de som dekker én kommune/bydel og de som har interkommunale ordninger. Vi benyttet det nettbaserte systemet Questback, og undersøkelsen ble pilottestet av to kreftkoordinatorer som vi tidligere hadde intervjuet. Spørreskjemaet hadde til sammen 44 åpne og «lukkede» spørsmål (spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer (Vedlegg 1).

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i slutten av april 2017, og 60 av i alt 128 (47,6 prosent) kreftkoordinatorer svarte på spørsmålene. Svarene ble lageret i en anonymisert rådatafil og analysert i Excel. Undersøkelsen har kun gått ut til kommuner som har vært del av kreftkoordinatorsatsingen til Kreftforeningen. Dataene som er rapportert i undersøkelsen er ikke av en slik form at de er egnet til å skille mellom kommuner.

Dokumentstudier og intervjuer har vært hovedkilden for å identifisere virkninger. Der vi har vurdert det som mulig har vi prissatt virkningene. Prissettingen er gjennomført med utgangspunkt i offentlige veiledere, spørreundersøkelsen, offentlig tilgjengelig statistikk og nøkkeltall, samt egne vurderinger.

Ikke prissatte virkninger er vurdert kvalitativt med utgangspunkt i virkningens betydning for gruppen den berører og kreftkoordinators påvirkning (omfang) på den aktuelle virkningen. Betydningen av en virkning vil avhengige av perspektiv for analysen. Enkelte virkninger kan for eksempel ha stor betydning for pasienter og pårørende, men mindre betydning for kommunene.

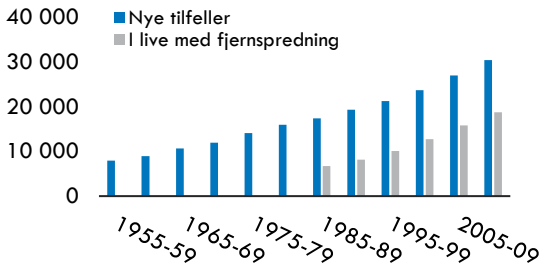
2. Behov for brukerorientert og bærekraftig kreftomsorg

Kreft rammer mange pasienter og enda flere pårørende. I 2015 ble det diagnostisert 32 592 nye tilfeller av kreft, og antallet er økende. Samtidig levde 252 997 pasienter med en kreftdiagnose. Sentralt i den nasjonale kreftstrategien er at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. Tiltak for å utnytte samfunnets ressurser best mulig er nødvendig for å møte den fremtidige etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Kommunene får en stadig viktigere rolle i kreftomsorgen.

2.1 Vår tids alvorligste sykdom

Kreft rammer mange pasienter og enda flere pårørende. I 2015 ble det diagnostisert 32 592 nye tilfeller av kreft og antallet er økende. 252 997 pasienter var i live med en kreftdiagnose ved utgangen av 2015. I 2014 døde 10 840 pasienter av sykdommen, hvilket utgjorde omtrent 25 prosent av alle dødsfallene i Norge dette året.

Figur 2-1: Antall nye krefttilfeller og antall pasienter i live med fjernspredning på diagnosetidspunktet, gjennomsnitt per år i hver femårsperiode

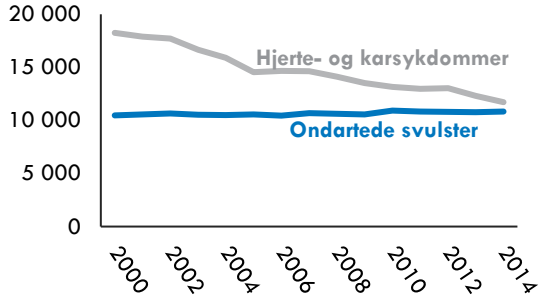


Datakilde: Kreftregisteret, Analyse Oslo Economics

Antall nye krefttilfeller og antall pasienter i live med fjernspredning på diagnosetidspunktet er stigende (Figur 2-1). Antall pasienter som fortsatt lever tross spredning allerede på diagnosetidspunktet, er nå halvparten av antall nye krefttilfeller per år. I tillegg kommer de mange pasienter som får påvist spredning senere i sykdomsforløpet.

Kreft er sammen med hjerte- og karsykdommer de vanligste dødsårsakene i Norge. Mens antall dødsfall forårsaket av kreft er noe økende, har dødsfall grunnet hjerte- og karsykdom sunket betydelig de siste årene (Figur 2-2). Dersom utviklingen fortsetter, vil kreft snart være den vanligste dødsårsak i Norge.

Figur 2-2: Antall dødsfall i Norge forårsaket av kreft og hjerte- og karsykdommer, 2000 - 2014



Datakilde: Dødsårsaksregisteret, FHI

Folkehelseinstituttets sykdomsbyrdeprosjekt viser at kreft er en større byrde enn hjerte- og karsykdommer fordi kreft innebærer dødsfall tidligere i livet. Flertallet av kreftdødsfallene i Norge skjer etter fylte 60 år, men kreftsykdommene representerer likevel et meget stort leveårstap.

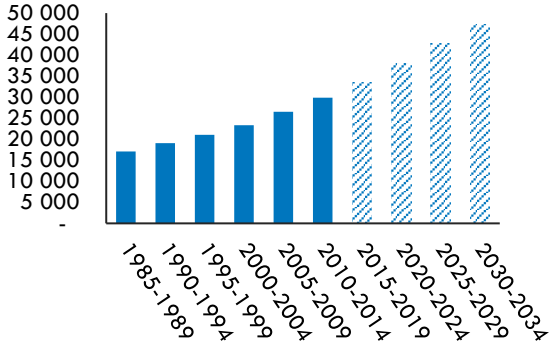
Kreft gir betydelig tap av livskvalitet. Også for pasienter som helbredes kan sykdommen redusere livskvaliteten gjennom bekymring for tilbakefall og senvirkninger av behandlingen. Sykdommen innebærer også negative konsekvenser for pårørendes livskvalitet. Konsekvenser for pårørende kan være knyttet til både bekymringer og tidsbruk, men også i form av økonomiske kostnader.

2.2 Flere pasienter og bedre behandling gir høyere kostnader

Endret demografi og sykdomsbilde i fremtiden medfører økt ressursbehov i helse- og omsorgstjenesten. Folkehelsen blir stadig bedre, og en større andel av befolkningen blir eldre. Vi forventer en økning i levealder fremover, samtidig som de store fødselskullene fra etterkrigstiden etter hvert blir blant de eldste i samfunnet.

Risikoen for å rammes av kreft er økende med alderen. 36 prosent av alle menn, og 29 prosent av alle kvinner vil rammes av kreft innen fylte 75 år. Med økende levealder og en større andel eldre i befolkningen forventes en stor økning i antall nye krefttilfeller i Norge. NORCAN-prosjektet har utarbeidet framskrivninger for insidens (antall nye tilfeller) for kreft i Norden i årene fremover. Framskrivningene viser at det i perioden 2030-2034 i gjennomsnitt vil være nesten 50 000 nye krefttilfeller i året i Norge (Figur 2-3).

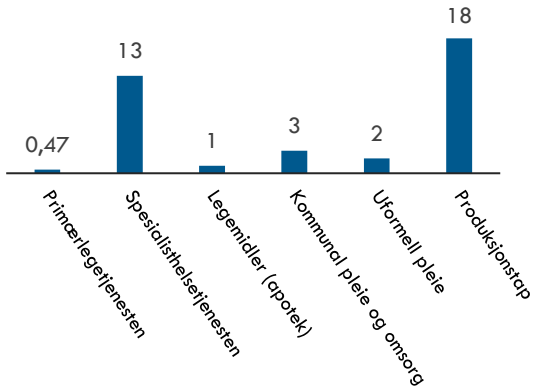
Figur 2-3: Nye krefttilfeller i Norge, 1985-2034



Datakilde: NORDCAN

Ny teknologi og behandlingsprinsipp har bidratt til lengre og friskere liv for mange mennesker. Bruk av ny teknologi er en viktig driver for veksten i helseutgiftene, samtidig som utviklingen også kan bidra til å effektivisere tjenesteproduksjonen (OECD, 2017). Med nye behandlingsmuligheter vil mange kreftpasienter bli kronikere som mottar medisinsk behandling over tid. Dette skaper nye utfordringer for omsorgstjenesten i kommunene da stadig flere pasienter har behov for oppfølging.

Figur 2-4: Kreftrelaterte samfunnskostnader i 2014, milliarder kroner



Kilde: (Oslo Economics, 2016). I tillegg kommer skattefinansieringskostnader (3 mrd.) og verdien av tapte leveår (100 mrd.)

Kreftrelaterte samfunnskostnader i Norge er beregnet til 40 milliarder kroner i 2014 (Oslo Economics, 2016). De høyeste kostnadene er knyttet til produksjonstapet grunnet sykdom og tidlig død (18 mrd.). Helsetjeneste-kostnadene er høyest i spesialisthelsetjenesten (13 mrd.).

Med økt rikdom stiger våre forventninger, ikke bare til de varer og tjenester vi kjøper privat, men også til de kommunale velferdstjenestene. Hvis spesialist-helsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke gir pasientene tilgang til viktige behandlingsalternativer, vil en stadig større andel søke private løsninger. Dette representerer en krevende balansegang for den offentlige finansierte helse- og omsorgstjenesten. Samfunnet må både sikre legitimitet for at tilbudet som ytes er tilstrekkelig og kan ivareta befolkningens behov, samtidig som oppgaveporteføljen må være bærekraftig.

2.3 Kreftomsorg i kommunene

Kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil i fremtiden få ansvar for flere og sykere kreftpasienter. Pasientene har ofte sammensatte behov, og mye av behandlingen utføres poliklinisk. Det er et mål at behandlingen skal desentraliseres, og kommunene skal sørge for helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. Dette krever både kapasitet, kompetanse og koordinering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene[1].

Tiltak for å redusere ressursbehovet er nødvendig

Å redusere gapet mellom ressursbehovet og tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten kan gjøres enten ved å redusere ressursbehovet eller ved å øke tilgjengelige ressurser.

En måte som en kan redusere ressursbehovet er ved å sikre bedre samhandling mellom ulike tjenestenivåer. Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) skisserte tre hovedproblemer som reformen skulle løse:

1. Mangelen på koordinerte tjenester
2. Svakt fokus på forebyggende tjenester
3. Endret sykdomsbilde som følge av en aldrende befolkning.

Samhandlingsreformen innebærer blant annet mål om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Et annet viktig mål er at man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. God samhandling er særlig viktig når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner.

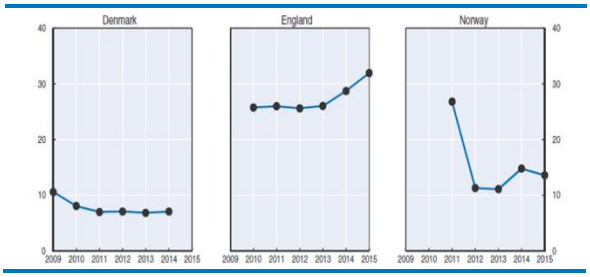
Manglende samhandling kan medføre at pasienter ikke skrives ut fra sykehus når behandlingen er ferdig. Slike unødvendige sykehusopphold gir ingen videre

[1] Nasjonal kreftstrategi 2013-2017

helseeffekt for pasienten, og kan også øke faren for sykehusinfeksjoner. Kostnadene ved sykehusopphold er vanligvis høyere enn kostnaden ved alternativ omsorg i kommunen eller i hjemmet.

Figur 2-5 viser hvordan antall liggedager for utskrivningsklare pasienter har utviklet seg i Danmark, England og Norge. Norge hadde et fall i 2012. Samhandlingsreformen overførte dette året betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene og ga kommunene insentiver til å opprette tilbud i kommunal regi. Selv om antall unødvendige liggedager er blitt betydelig redusert, ligger Norge fortsatt høyere enn Danmark.

Figur 2-5: Forsinkede utskrivninger fra sykehus. Antall liggedager utskrivningsklare pasienter, per år og 1000 innbyggere, 2009-2015



Kilde: OECD (2017)

2.3.1 Bedre kreftomsorg i kommunene

Kommunenes rolle i kreftomsorgen blir trukket frem som svært viktig i Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Strategien har følgende mål:

1. Mer brukerorientert kreftomsorg
2. Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp
3. Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
4. Flere skal bli helbredet eller leve lenger med kreft
5. Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Sentralt i strategien står bedre samarbeid og koordinering mellom sykehuset og andre tjenesteytere. Pasientene har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunens primærhelsetjeneste og omsorgstjeneste. Dette øker behovet for å tenke helhetlig om tjenester, god samhandling og effektiv koordinering. Av strategien fremgår det at det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingskjeder og behandlingsforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte tjenestene.

2.3.2 Morgendagens omsorg

Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013)) peker på følgende som noen av de viktigste utfordringene og mulighetene omsorgstjenesten står ovenfor:

- Aktiv omsorg
- Hverdagsrehabilitering
- Omsorg og død

Aktiv omsorg innebærer større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomheten om brukerens sosiale, eksistensielle og kulturelle behov. Med hverdagsrehabilitering menes forebygging og rehabilitering mens pasienten bor hjemme.

Regjeringen vil utforme en politikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og som gir økt likestilling og mer fleksibilitet. Dette er i tråd med anbefalingene i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg og NOU 2011: 17 Når sant skal sies om pårørende-omsorg. I Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg legger regjeringen frem et program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk som[2]:

- synliggjør, anerkjenner og støtter pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver
- bedrer samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrker kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet
- legger til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer

Meldingen peker også på mulighetene som ligger i bedre tilrettelegging av boliger og omgivelser, ny teknologi og nye faglige metoder som kan gi folk muligheten til å klare hverdagslivet lengre på egenhånd:

- Gjøre boliger og omgivelser funksjons- og aldersvennlige gjennom universell utforming
- Ta i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning
- Legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering

2.3.3 Kommunenes utfordringer

Utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mange og av ulik karakter. Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)) peker på at det er utfordringer knyttet til brukerorientering,

[2] Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013))

ledelse, rekruttering, kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar gitt de ulike yrkesgruppene gjennom utdanning og regelverk. Videre trekkes det frem endringer i demografi og sykdomsbilde, mangelfulle IKT-systemer, utnyttelse av personellressurser og at det ikke er nok vekt på forebygging. I meldingen skrives det også at «*det gis for lite opplæring i mestring i samarbeid med pasient og pårørende. Tjenestene er siloorganisert og ses ikke i sammenheng som en nødvendig helhet, og med behov for tett koordinering.*»

Kreft er en sykdom som rammer bredt; både familier og enslige så vel som unge og gamle kan oppleve å få kreft i løpet av livet. Kreft treffer ulike personer svært forskjellig, og man har ulike forutsetninger for å møte de utfordringer som kommer. De utfordringene som kreftsyke og deres pårørende møter er sammensatte, noe som øker behovet for samordnede tjenester.

Myndighetene ønsker et omsorgstilbud som prioriterer aktiv omsorg, mestring og hverdagsrehabilitering, mulighet for å dø hjemme og fokus på pårørende. Kreftomsorg på kommunalt nivå kan bidra til mer effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser. Det økende behovet for helse- og omsorgstjenester bør møtes med økt kvalitet i tilbudet med mer effektiv ressursbruk. Dette kan oppnås blant annet ved bedre samhandling, koordinering av tjenester og ved å gi pasienter og brukere tilbud nærmest mulig der de bor.

Sykehusenes pakkeforløp er innført for å sikre helhetlige og forutsigbare pasientforløp. De innebærer at pasientene får datoer for diagnostikk og behandling og kontaktpersoner på sykehuset under behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

På samme måte som i sykehusene har kommunene behov for å profesjonalisere kreftomsorgen. Ansettelse av kreftkoordinator kan være et virkemiddel for å sikre helhetlige og sømløse pasientforløp og å bedre samspillet mellom kommuner og sykehus og innad i kommunene.

3. Kreftkoordinatorordningen

Kreftkoordinatorer skal være tilgjengelige for kreftsyke og pårørende, hjelpe til med å koordinere tjenester og tilbud, og samarbeide med øvrige aktører for å fremme gode rutiner og systemer for en bedre kreftomsorg i kommunen. Gjennom å bidra med midler til å dekke kreftkoordinatorstillinger, har Kreftforeningen siden 2012 brukt omtrent 144 millioner kroner på ordningen, og har foreløpig satt av 213 millioner kroner til satsningen.

Kreftforeningens initiativ kreftkoordinatorordninger ble etablert i 2012 i kjølvannet av Samhandlingsreformen, som et samarbeid mellom kommunene og Kreftforeningen. Prøveprosjektet ble initiert med et overordnet mål å styrke kreftomsorgen i landets kommuner. I dette kapitlet omtaler vi nærmere formålet med ordningen, finansieringsmodellen og ansvarsdelingen mellom kommunene og Kreftforeningen, og organiseringen av ordningen, herunder en beskrivelse av kreftkoordinatorenes arbeid.

3.1 Formålet med kreftkoordinatorsatsningen

Kreftforeningens overordnede mål med kreftkoordinatorsatsningen er å styrke kreftomsorgen i landets kommuner. Stadig flere pasienter bor hjemme under og etter kreftbehandling, noe som legger ytterligere press på kommunenes rolle i kreftpasienters liv.

Bakgrunnen for satsningen er at kreftpasienter i løpet av et sykdomsforløp må forholde seg til en rekke ulike tjenesteytere, både i spesialist- og kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt i sosial- og velferdstjenestene. For pasientene og deres pårørende kan det være vanskelig å skaffe seg oversikt over alle tjenester og tilbud, og hvilke rettigheter de har. Kreftkoordinatorene er da tilgjengelige for å vise vei i det kompliserte offentlige systemet, og gir praktisk bistand med å få tilgang til ulike tjenester de har behov for.

Mange kreftpasienter går gjennom komplekse pasientforløp hvor de veksler mellom fastlege, sykehus og ulike kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det ofte høy usikkerhet knyttet til kreftsykdommene, og både pasienter og pårørende sitter med mange spørsmål. Dette kan føre til at mange kreftpasienter opplever at tjenestene er fragmenterte og ukoordinerte, at det er mye å forholde seg til og mange dører å banke på for å få svar. Dette fører til at det kan være et gap mellom å ha rett og å faktisk få rett på riktig tilgang til økonomisk støtte, hjelpemidler og andre tjenester. For at pasientforløpet skal fungere godt kreves god samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom de ulike behandlingsstedene og behandlingsnivåene.

Sentralt i den nasjonale kreftstrategien er at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. Bedre koordinering skal gjøre at pasienter opplever en helhetlig, samordnet tjeneste uten unødige forsinkelser (Helse- og omsorgsdepartementet, (2012-2013)). Stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet peker på nødvendigheten av å se helheten og behovet for tett koordinering.

Fra 2015 ble kreftkoordinatorsatsingen løftet inn i den nasjonale handlingsplanen for kreft, med mål om at det «skal etableres tilbud om kreftkoordinatorer i alle kommuner» (Helsedirektoratet, 2015).

3.2 Kreftkoordinators oppgaver og roller

Oppgavene til en kreftkoordinator, som formulert fra Kreftforeningen, omfatter å hjelpe til med å koordinere og tilrettelegge hverdagen for pasienter og pårørende på en best mulig måte, gi råd og veiledning knyttet til alle faser av et sykdomsforløp, være ansvarlig for å samordne tilbud og tjenester til kreftpasientene i kommunen, være lett tilgjengelige for pasienter og pårørende og bidra til gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunene (Kreftforeningen, 2017).

Mer konkret innebærer kreftkoordinatorenes oppgaver:

- De skal koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende på en best mulig måte (relevant hjelp på rett nivå og til riktig tid)
- De er ansvarlig for å samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasientene i kommunen
- De skal være lett tilgjengelig for pasienter og pårørende
- De skal arbeide for å forbedre kreftomsorgen i kommunen – blant annet ved å bygge videre på de strukturer som eksisterer i kommunen for å bidra til utvikling av nye/endrede rutiner og systemer på tvers av sektorene.

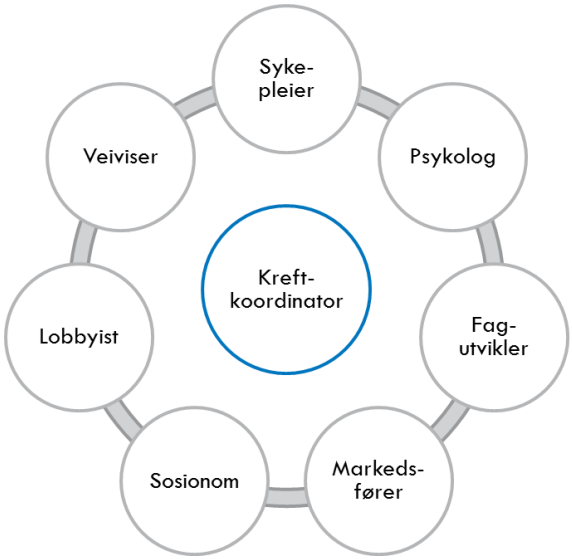
Kreftkoordinatorstillingen innebærer et «sørge- foransvar», som handler om å koordinere kreftomsorgsarbeidet gjennom og via de ressursene som finnes.

Kreftkoordinatoren vil her ha et overordnet blikk og sørge for at tilbud og tjenester til pasienten og pårørende er samkjørt, gjennomtenkt og i tråd med hva den kreftrammede har behov for. Kreftkoordinator er både et kontaktpunkt og en igangsetter, og bidrar til å skape hensiktsmessige rammer og kontinuitet. Den delen av arbeidet, som er mer systemrettet enn direkte pasient- og pårørenderettet, er spesielt viktig i store kommuner/bydeler med mer uoversiktlige og fragmenterte systemer.

For å kunne bidra til å gi kreftrammede et helhetlig og samordnet tilbud, må kreftkoordinator ha et overordnet blikk til alle tjenestene i kommunen, inkludert tjenestetilbud utover helsetjenesten som for eksempel NAV, barnehager og skoler, så vel som andre tilgjengelige, relevante tilbud som eksisterer i området. Dette inkluderer at kreftkoordinator skal ha oversikt over aktuelle frivillige tilbud og andre ikke-kommunale tilbud. Kreftkoordinator kan også spille en viktig rolle i å bidra til etablering av møteplasser, for eksempel temakafé og andre tilbud for pasienter og pårørende.

Oppgavene som kreftkoordinatorene utfører innebærer at de spiller en rekke roller gjennom sitt arbeid.

Figur 3-1: Kreftkoordinators mange roller



For å arbeide med alle dimensjoner av den kreftsykes liv, må kreftkoordinator fylle en rekke roller.

Mange kreftkoordinatorer har helsefaglig bakgrunn og bruker tid i kontakt med pasienten og pårørende på å besvare spørsmål om bivirkninger av behandling, gjenta og forklare skriv fra sykehuset og utføre noe behandling eller opplæring i medisinsk utstyr.

En viktig del av jobben til kreftkoordinator er å gjennomføre støttesamtaler med pasienter og pårørende, hvor kreftkoordinator har en rolle som «psykolog». Støttesamtalene gjennomføres både ansikt til ansikt, per telefon eller på e-post. Flere kreftkoordinatorer gjennomfører helst støttesamtaler ansikt til ansikt ved første kontakt for å bygge en relasjon, for deretter å gjøre mer av oppfølgingen per telefon.

Kreftkoordinatorene har en viktig rolle som kompetansebygger og fagutvikler på kreftomsorg i kommunen.

Kreftkoordinatorene bruker mye ressurser, spesielt ved innføring av ordningen, på å markedsføre tilbudet. Flere kanaler benyttes for å nå ut til pasienter og pårørende, men også å gjøre stillingen kjent for andre kommunale tilbud og tjenester og på sykehuset.

Kreftkoordinatorene spiller viktige roller som «sosionomer» og «veivisere» gjennom det offentlige systemet. Disse rollene innebærer å kartlegge og ha oversikt over kommunale og frivillige tjenester og tilbud, informere om rettigheter og bistand ved å gjøre pasienten i stand til å benytte seg av disse.

I «lobbyist»-rollen jobber kreftkoordinatorene med å dokumentere overfor politikere og beslutningstakere verdien av nye satsninger i kreftomsorgen og verdien av kreftkoordinatortjenesten i seg selv.

Flere informanter opplevde at det var krevende å finne seg til rette i alle rollene til å begynne med, men for de fleste har dette etter hvert gått seg til. Hvilke oppgaver og aktiviteter den enkelte kreftkoordinator utfører, kan variere noe mellom kommuner avhengig av hva som finnes av andre tjenester, kompetanse og ressurser i kommunen. Kreftkoordinator sin bakgrunn og hvordan de organiserer og prioriterer arbeidstiden kan også ha betydning for hvilke oppgaver og aktiviteter som utføres av kreftkoordinator.

3.3 Finansierings- og ansvarsdeling

Siden 2012 har Kreftforeningen brukt omtrent 144 millioner kroner på kreftkoordinatorordningen, og har foreløpig satt av 213 millioner kroner til satsningen totalt.

De tre første årene kommunen har kreftkoordinator dekker Kreftforeningen 75 prosent av bruttolønnen til stillingen[3], gitt at kommunen forplikter seg til å dekke resten av stillingen. Det vil si at kommunen har et

[3] Tilskuddet fra Kreftforeningen inkluderer sosiale utgifter inntil 35 % av bruttolønnen. Eventuell lønnsøkning dekkes ikke.

medfinansieringsansvar på 25 prosent disse årene. Det fjerde året er kommunens medfinansieringsansvar 40 prosent, det femte året 60 prosent og det sjette året 80 prosent (Tabell 3-1).

Tabell 3-1: Finansieringsansvarsdeling

År	Kommunens finansierings-dekning	Kreftforeningens finansierings-dekning
1	25 %	75 %
2	25 %	75 %
3	25 %	75 %
4	40 %	60 %
5	60 %	40 %
6	80 %	20 %

Kreftforeningen stiller krav om at kreftkoordinator må være tilsatt i en 50 eller 100 prosent stilling, og stillingen kan ikke deles på flere personer.

Finansieringsmodellen innebar en opptrapping av kommunenes finansieringsinnsats i 2015, for de kommunene som innførte ordningen i 2012. 95 prosent av kommunene som hadde hatt ordningen siden 2012 valgte da å videreføre ordningen (Kreftforeningen, 2016). Tanken bak en slik finansieringsmodell, med opptrapping i kommunenes finansieringsandel, er at ordningen forankres i kommunen og blir en varig satsning som etter hvert finansieres over kommunens eget budsjett.

Det er kommunen som har ansvar for de driftsmidler stillingen krever, samt arbeidsgiveransvar og oppfølgingsansvar overfor kreftkoordinatoren.

Midlene fra Kreftforeningen bevilges til kommunene etter en årlig evaluering av den enkelte kommune. Evalueringen er basert på kommunenes rapportering på bruken av midlene gjennom en elektronisk rapportering på e-post og årsrapport, samt dialog med Kreftforeningen. Kreftkoordinatorene har kontaktpersoner hos Kreftforeningen gjennom de åtte distriktskontorene til Kreftforeningen.

Kreftforeningen skal være en samarbeidspart for kommunene og bidrar med sin kompetanse, erfaring og tilbud. Kreftforeningen arrangerer årlige samlinger hvor kreftkoordinatorene og kommuneledelse får kompetansepåfyll og hvor det legges til rette for erfaringsdeling. Hovedrollen til Kreftforeningen er nettopp å samle inn erfaringer og gode eksempler på hvordan koordinatorene i de ulike kommunene jobber med koordinering, organisering og forankring i kommunen, og å videreformidle dette til andre kommuner, eksempelvis gjennom nettverk. Erfaringene fra satsingen vil også gå inn i Kreftforeningens politiske arbeid nasjonalt, regionalt og lokalt.

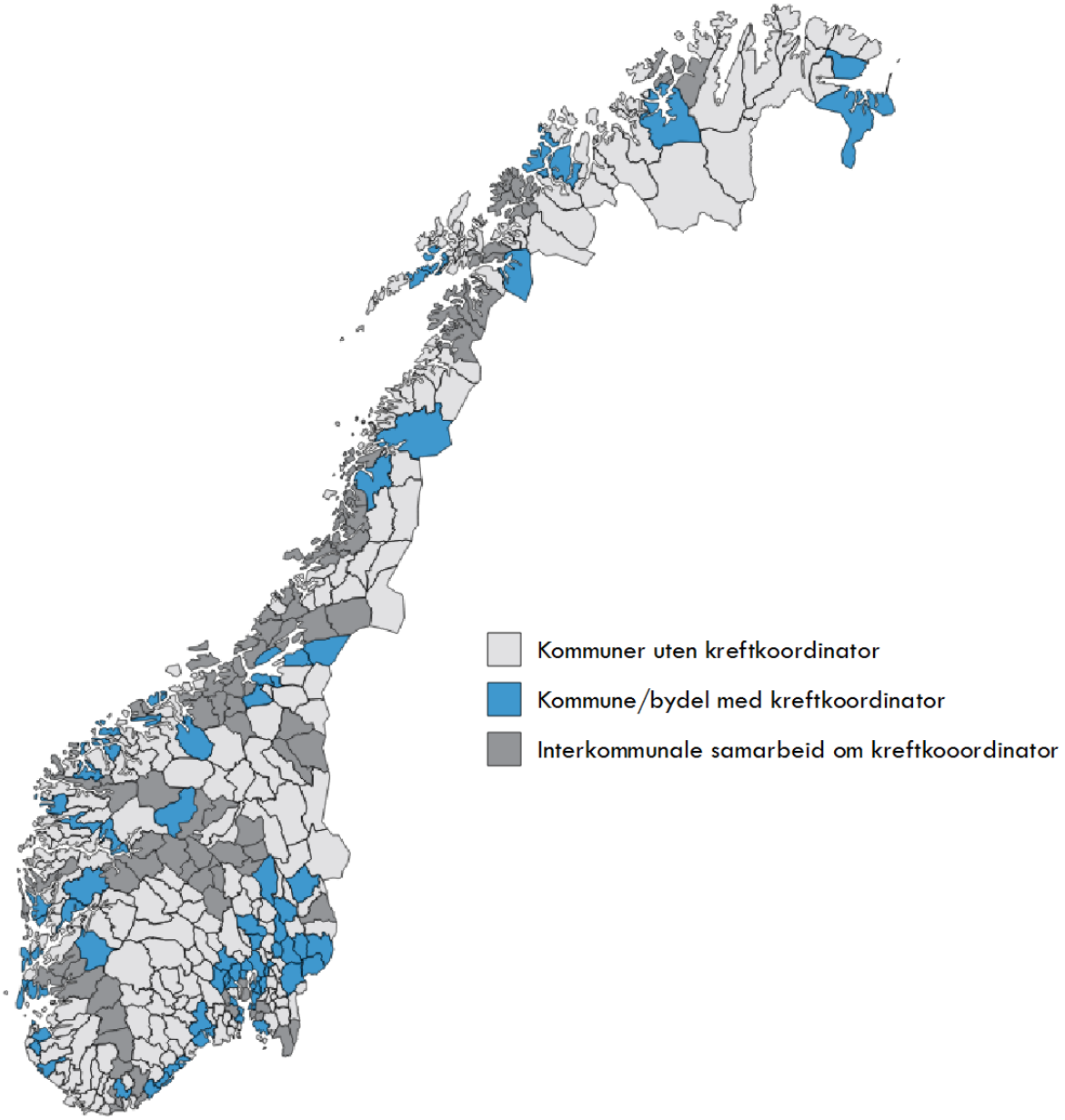
3.4 Organisering av ordningen

I dag er det 128 kreftkoordinatorer som delvis finansieres av Kreftforeningen. Disse dekker til sammen nær halvparten av landets kommuner (198 kommuner/bydeler), og 70 prosent av landets befolkning. 3 kommuner/interkommunale samarbeid har 2 kreftkoordinatorer som dekker samme geografiske område, og i Bergen kommune er det 3 kreftkoordinatorer. 28 kreftkoordinatorer jobber i et interkommunalt samarbeid som til sammen dekker 102 kommuner. Interkommunale stillinger skal være forankret i en samarbeidsavtale mellom vertskommune og de øvrige kommunene. De aller fleste inter-kommunale stillingene dekker to, tre eller fire kommuner, men det er også to ordninger som dekker henholdsvis 10 og 12 kommuner[4].

Både store og små kommuner har kreftkoordinator, og alle de største byene med unntak av Stavanger har i dag kreftkoordinator. Figur 3-2 gir en oversikt over enkeltkommunene som er innunder Kreftforeningens kreftkoordinatorordning (blått) og de kommunene som har kreftkoordinator gjennom et interkommunalt samarbeid (mørk grå).

[4] https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/

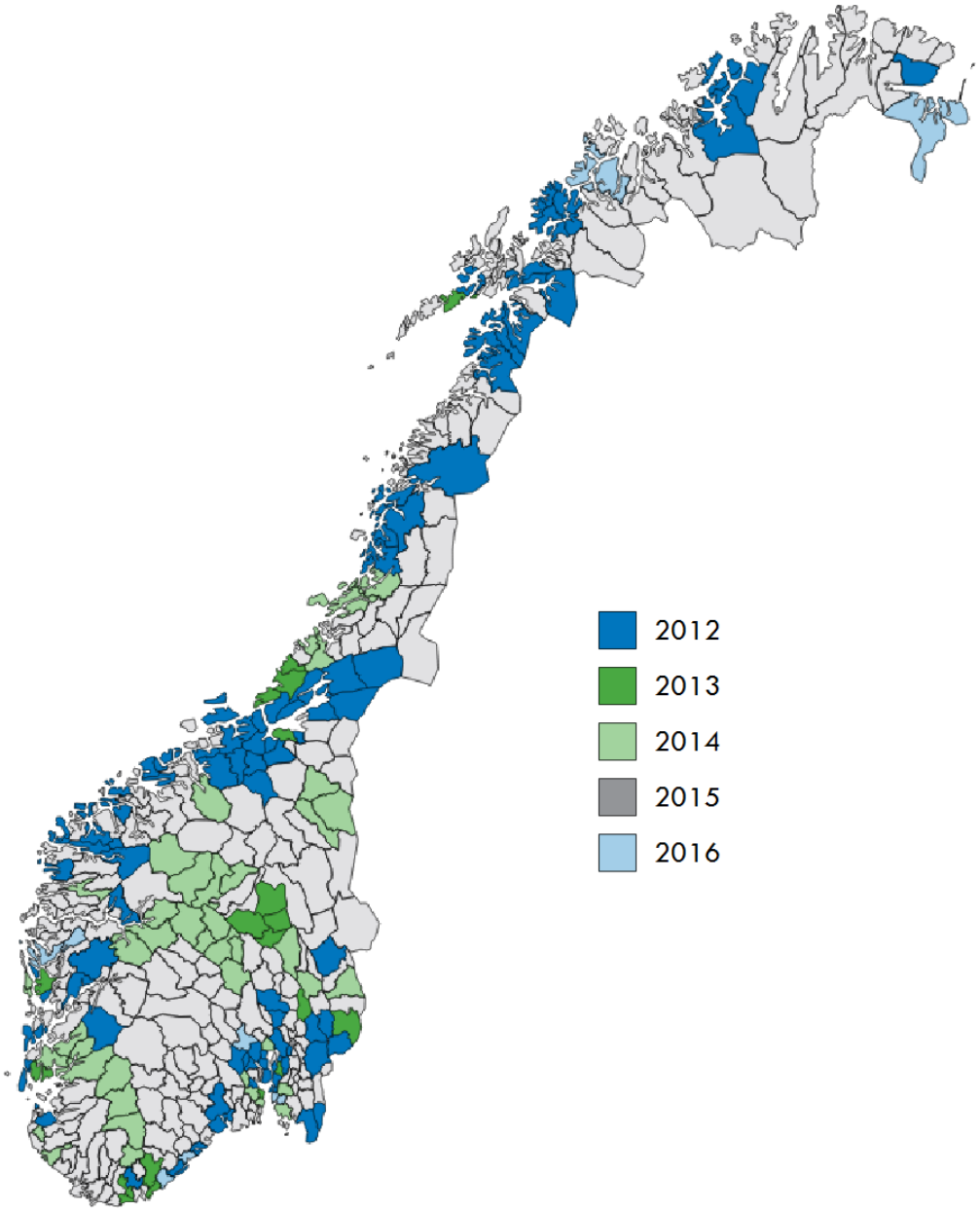
Figur 3-2: Kommuner med kreftkoordinator



Datakilde: Data fra Kreftforeningen

Figur 3-3 under gir en oversikt over hvilket år ulike kommuner fikk kreftkoordinator. De fleste av kommunene som har kreftkoordinator i dag innførte ordningen i 2012, noen i 2013, en del i 2014 og et par nye ordninger kom på plass i 2015 og 2016. Kartet omfatter ikke kommuner som innførte kreftkoordinatorordningen, men senere har lagt den ned.

Figur 3-3: Kommuner med kreftkoordinator, etter når ordningen ble innført (år)



Datakilde: Data fra Kreftforeningen

4. Kreftkoordinators arbeid i praksis

Kreftkoordinatorene jobber på ulike måter, og tilpasser arbeidet sitt etter hvor behovet i kommunen er størst. Arbeidstiden deres fordeler seg dermed også ulikt mellom oppgaver på systemnivå, arbeid knyttet til fagutvikling og kompetansebygging og pasient- og pårørende-rettet kontakt. Dette kan virke å ha sammenheng med kommunens størrelse, stillingens organisatoriske tilknytning i kommunen og kreftkoordinators bakgrunn.

Basert på resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene, beskriver vi kreftkoordinatorenes bakgrunn og organisatoriske tilhørighet i kommunen, hvordan de disponerer sin arbeidstid mellom ulike oppgaver, hvor mange pasienter og pårørende de er i kontakt med og når og hvordan kreftkoordinatorene kommer i kontakt med brukere.

4.1 Kreftkoordinators organisatoriske tilhørighet

Kommunene er organisert ulikt, og tanken har vært at kommunene selv skal finne den mest hensiktsmessige plasseringen av stillingen i sin organisasjon, med hensyn til at stillingen må være integrert i kommunen og at stillingen skal bidra til noe kvalitativt nytt i kommunen fremfor å være en videreføring av eksisterende stillinger og funksjoner. Kreftkoordinatoren skal i så måte ha en friere stilling og jobbe bredere enn de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Kreftforeningen har formulert kommunens ansvar for å sikre hensiktsmessig organisatorisk plassering som at:

> *Kommunen skal sørge for en relevant organisatorisk plassering som gir kreftkoordinatoren handlingsrom og legitimitet til å jobbe tverrsektorielt, ha god oversikt over tilbud og tjenester samt sørge for gode rutiner for at stillingen blir kjent og brukt.*

Kreftforeningen har også formulert som kommunenes ansvar å sørge for at kreftkoordinator ikke bruker tid på å utføre oppgaver som ligger til andre tjenester. Dette gjelder spesielt avgrensningen av stillingens oppgaver opp mot helse- og omsorgstjenestens oppgaver.

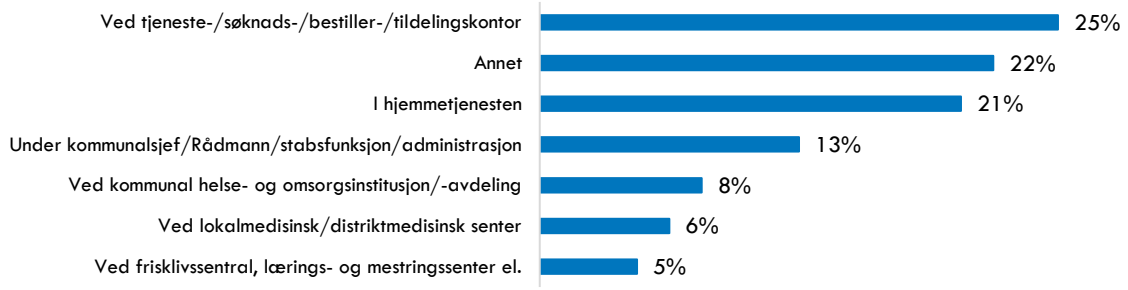
Gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen har flere kreftkoordinatorer opplevd at det særlig i start-perioden kunne være noen grenseoppganger som måtte gjennomføres for å avklare hvem som hadde ansvar for hva.

Noen kreftkoordinatorer har måttet gjøre tydelige, formaliserte avklaringer på hvilke oppgaver som ligger til kreftsykepleier i hjemmetjenesten og hvilke som ligger til kreftkoordinator for å ikke «tråkke i hverandres bed». Dette er for eksempel løst ved at kreftsykepleier jobber med pasienter med vedtak og kreftkoordinator med de uten. Andre kreftkoordinator-er har gjennom tett samarbeid greid å komme frem til en naturlig arbeidsdeling mellom kreftkoordinator og de andre tjenestene.

Rolleavklaringen er viktig for å unngå dobbeltarbeid. Organisatorisk kan det være en viss overlapp med tjenesteansvarlig i kommunen som pasientene får oppnevnt, og hjemmesykepleien er potensielt innom mange av de samme oppgavene som kreftkoordinator.

Basert på svar på rapporteringen fra spørreunder-søkelsen, gir Tabell 4-1 en oversikt over hvilken organisatorisk tilhørighet kreftkoordinatorene har. 21 prosent svarer at deres stilling er organisert i den kommunale hjemmetjenesten, og 23 prosent svarer at deres stilling er organisert i tilknytning til et søknadskontor eller lignende enhet i kommunen. 5 prosent har sin organisatoriske tilknytning til en frisklivssentral, et lærings- og mestringssenter eller lignende, 8 prosent til en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, og 7 prosent til et lokal- eller distriktmedisinsk senter. 13 prosent av respondentene svarer at deres stilling er organisert under kommunalsjefen, rådmannen, stabs- eller administrative funksjoner i kommunen.

Tabell 4-1: Kreftkoordinatorenes organisatoriske tilhørighet i kommunen



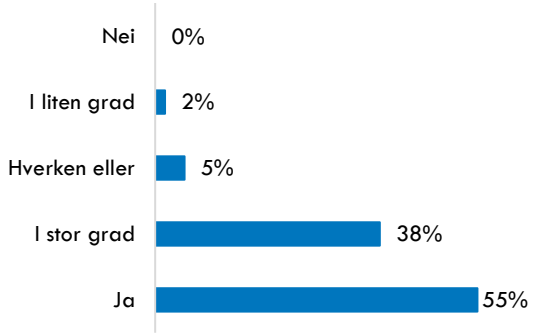
Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

23 prosent kjente seg ikke igjen i stillingstilknytningen i noen av de seks forhåndsdefinerte kategoriene, og svarte «annet». Dette inkluderer blant annet kreft-koordinatorstillinger som er organisert under en kommunal helse- og rehabiliteringsenhet, etat for helsetjenester i kommunen, enhet for helse, aktivitet og mestring, rehabilitering og samordning. Det er også to kreftkoordinatorer som oppgir at deres stillinger er organisert i hhv. FoU-avdeling i kommunen og fag- og utviklingsenhet. To respondenter oppgir at deres stilling organisatorisk tilhører henholdsvis interkommunal legevakt og legekontoret og kommunal akutt døgnenhet (KAD).

Dette viser mangfoldigheten i hvordan kommunene har valgt å organisere kreftkoordinatorstillingene. Om lag halvparten av kreftkoordinatorene besvarte spørre-undersøkelsen. Fordelingen av hvor kreftkoordinatorenes organisatoriske tilhørighet ligger synes å samsvare med tidligere rapporteringer til Kreftforeningen.

På spørsmål om den organisatoriske plasseringen av stillingen sikrer at de får lett tilgang til andre kommunale tjenester som de har behov for å ha kontakt med eller involvere i arbeidet med kreftpasienter, svarer 93 prosent av respondentene «ja» eller «i stor grad» (Figur 4-1). Flere kreftkoordinatorer har beskrevet stillingen som noe ensom. Betydningen av nettverk med andre kreftkoordinatorer trekkes frem som positivt. Flere kreftkoordinatorer, med sykepleierutdanning i bunn, er også del av et ressurssykepleienettverk.

Figur 4-1: Sikrer den organisatoriske plasseringen av din stilling etter din mening at du får lett tilgang til andre kommunale tjenester som du har behov for å ha kontakt med eller involvere i arbeidet med kreftpasienter?

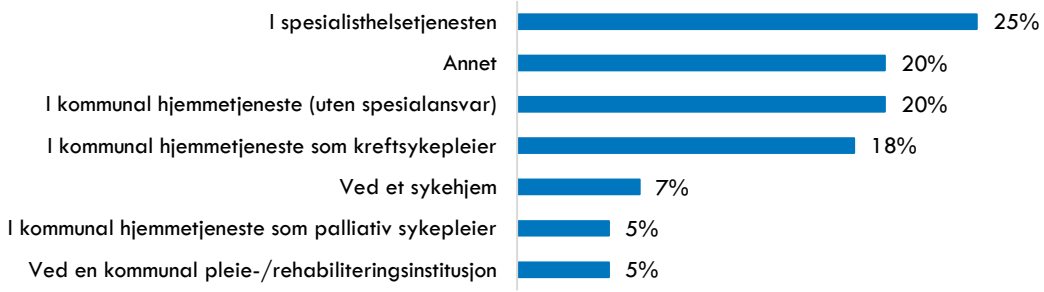


Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

4.2 Kreftkoordinators bakgrunn

68 prosent av respondentene svarer at de var ansatt i en kommune før de ble tilsatt i stillingen som kreftkoordinator. Figur 4-2 gir en oversikt over hvor kreftkoordinatorene var ansatt før de fikk stillingen som kreftkoordinator.

Figur 4-2: Hvor var du ansatt før du ble kreftkoordinator?



Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

En femtedel av respondentene svarer at de tidligere var ansatt et annet sted enn de seks forhåndsdefinerte kategoriene. Blant disse er kreftkoordinatorer som tidligere var ansatt som kreftkoordinator i en annen kommune, saksbehandlere for helse- og omsorgstjenester og ved søknadskontor, prosjektleder, prosjektsykepleier og kreftsykepleiere med bakgrunn fra Kreftforeningen og Norsk Sykepleierforbund.

Kreftkoordinatorenes fagbakgrunn

I Kreftforeningens beskrivelse av kreftkoordinatorstillingen, står det at kreftkoordinator fortrinnsvis må ha utdanningsbakgrunn innen helse-, sosial-, eller samfunnsfag, ha kunnskap om og erfaring fra arbeid med kreftpasienter og pårørende, mennesker i krise, koordineringsarbeid i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten, eller annen relevant erfaring.

Samtlige av respondentene har sykepleierutdanning, og 95 prosent har videreutdanning: 78 prosent har videreutdanning innen kreftsykepleie og 18 prosent innen palliasjon. Videre er det flere kreftkoordinatorer som har videreutdanning innen diakoni, psykisk helsearbeid, klinisk helsevitenskap, smerter og lindrende behandling. Flere respondenter har også videreutdanning innen pedagogikk, spesialpedagogikk, veiledning og kunnskapsbasert praksis. Fag eller utdanning innen ledelse, organisasjonspsykologi, administrasjon og ressursstyring er også utbredt, og noen respondenter opplyser at de har videreutdanning innen helserett, mestring og myndiggjøring.

En kreftkoordinator har en opplevelse av at:

> *KK stillingene er vanligvis besatt av svært erfarne, kompetente og engasjerte spesialsykepleiere - som elsker jobben sin og gjerne bidrar i å utvikle tjenesten og rollen.*

Informantene våre mener det er positivt at kreftkoordinator har bakgrunn som sykepleier fordi sykepleiere er godt vant med å koordinere, og fordi det gir en legitimitet i møte med pasienten og helsepersonell i kommunen og ved sykehus. På den andre siden kan det være en fare for at kreftkoordinatoren utfører for mange helserettede oppgaver overfor pasientene. De fleste kreftkoordinatorene er bevisste sin rolle, og at de har et annet mandat enn direkte helsearbeid.

Flere informanter trekker frem at hjemmetjenesten ofte er presset på tid når de er på hjemmebesøk, og derfor ikke har mulighet til å hjelpe pasienten særlig utover det som er listet opp i vedtaket. Kreftkoordinatorer med klinisk bakgrunn, har derfor opplevd at hjemmetjenesten ikke alltid «ser hele pasienten» og at kreftkoordinator i slike tilfeller har både kompetanse og tid til å oppdage om pasientene de besøker for eksempel er feil- eller underernærte. Dette gjelder spesielt for hjemmeboende pasienter som ikke får hjemmesykepleie.

4.3 Kreftkoordinators fordeling av arbeidstiden

I spørreundersøkelsen ble kreftkoordinatorene spurt om å anslå fordelingen av arbeidstiden sin mellom systemrettede, administrative oppgaver, kompetansebygging/fagutvikling og pasient- og pårørenderettet kontakt. Tabell 4-2 gir en oversikt over den gjennomsnittlige fordelingen i arbeidstid mellom disse oppgavene og aktivitetene. For den pasient- og pårørenderettede kontakten, ble kreftkoordinatorene bedt om å gi et anslag på tidsbruk mellom den direkte pasient- og pårørenderettede kontakten og det pasient- og pårørenderettet arbeidet med fokus på koordineringsoppgaver.

For de svarene hvor de fire kategoriene ikke summerte seg til 100 prosent, blant annet fordi de har deltidsstilling som kreftkoordinator, har vi lagt til grunn respondentenes fordeling og justert denne til 100 prosent. For de svarene hvor respondentene ikke hadde gjort en fordeling mellom kategoriene av pasient- og pårørenderettet kontakt, ble gjennomsnittet for de som hadde svart lagt til grunn.

Tabell 4-2: Gjennomsnittlig fordeling av arbeidstid

Oppgave/aktivitet	Gjennomsnitt	Median
Systemrettet/ administrativt arbeid	17 %	11 %
Kompetansebygging/ fagutvikling	16 %	15 %
Pasient- og pårørenderettet kontakt		
- Direkte	44 %	40 %
- Arbeid med fokus på koordineringsoppgaver	24 %	20 %

Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

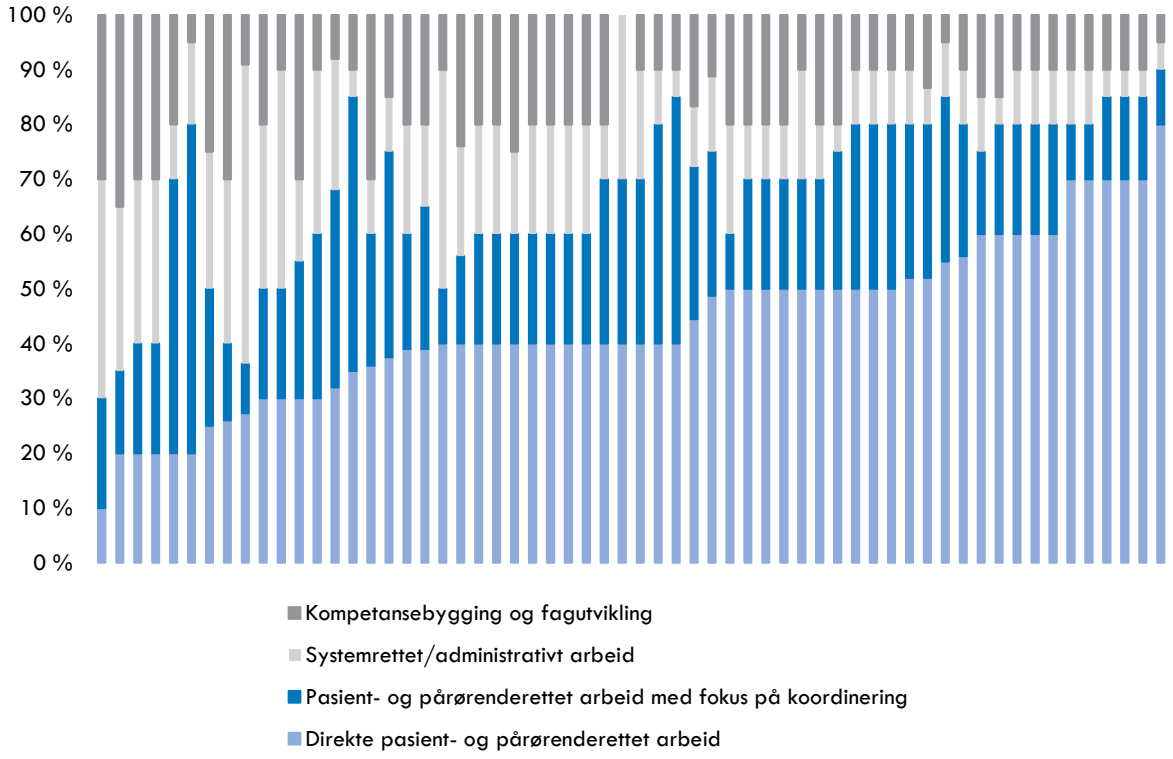
I gjennomsnitt brukes omtrent en tredjedel av arbeidstiden til kreftkoordinatorene blant respondentgruppen til systemrettede/administrative oppgaver og kompetansebygging og fagutvikling.

I gjennomsnitt bruker kreftkoordinatorene to tredjedeler av sin arbeidstid på pasient- og pårørenderettede oppgaver. De fleste respondentene forsøkte å fordele denne arbeidstiden mellom arbeid mot

pasienter og pårørende knyttet til koordinerings-oppgaver og den mer direkte pasient- og pårørende-rettede kontakten, hvor rundt en tredjedel estimeres å være knyttet til koordineringsarbeidet knyttet til pasientkontakten.

Det er imidlertid relativt stor variasjon i kreftkoordinatorenes rapporterte fordeling av arbeidstid på de forhåndsdefinerte kategoriene. Den enkelte kreftkoordinator vil derfor ikke nødvendigvis kjenne seg igjen i en slik fordeling. Figur 4-3 viser variasjonen i hvordan respondentene anslår at fordelingen av deres arbeidstid er på de ulike kategoriene.

Figur 4-3: Respondentenes anslag på fordeling av arbeidstid



Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Det er betydelig variasjon i hvordan kreftkoordinatorene anslår at arbeidstiden deres fordeler seg mellom de ulike kategoriene. Det kan være flere årsaker til dette. For det første kan det handle om hvor kjent kreftkoordinatoren er i kommunen. Videre vil kreftkoordinators arbeid påvirkes av statusen på kreftomsorgsarbeidet i kommunen, samt hvilke interesser, evner og bakgrunn kreftkoordinatoren har. Ressursene og tiltakene som eksisterer i kommunen innen kreftomsorg vil ha betydning for hvordan kreftkoordinator disponerer arbeidstiden sin. Eksempelvis kan kreftkoordinator i kommuner som har kreftsykepleier i hjemmetjenesten bruke mindre tid på pasientkontakt med kreftsyke som mottar hjemmetjenester. Dermed kan mer tid frigjøres til andre pasienter og pårørende, eller til system-arbeid eller faglig utvikling. På den annen side kan kommuner som har færre ressurser med kompetanse på kreftomsorg i pleie- og omsorgstjenester i kommunen, kan kreftkoordinator i større grad prioritere å jobbe mer pasientrettet.

Til sist vil svarene kreftkoordinatorene gir handle om hvordan de tolker spørsmålene. Vårt inntrykk er at kreftkoordinatorene prioriterer å ta tak i områder og oppgaver som er viktigst for å heve kvaliteten på kreftomsorgen først, og at det arbeidsoppgavene og således fordelingen av arbeidstiden derfor kan endre seg over tid.

Det er nærliggende å tro at systemrettet arbeid legger beslag på mer av kreftkoordinators arbeidstid i større kommuner, mens pasient- og pårørenderettet arbeid utgjør en større andel i mindre kommuner. På grunn av anonymiseringen av spørreundersøkelsen, har vi ikke hatt mulighet til å sjekke.

Fordeling av pasient- og pårørende rettet arbeid mellom pasienter og pårørende

I gjennomsnitt virker det som om kreftkoordinatorenes pasient- og pårørenderettet arbeid fordeler seg med 70 prosent på pasientrettet kontakt og 30 prosent pårørende.

Tabell 4-3: Fordeling arbeidstid mellom pasienter og pårørende

	Andel pasient	Andel pårørende
Snitt	68 %	32 %
Median	70 %	30 %
Standardavvik	11 %	11 %
Min	40 %	15 %
Størst	85 %	60 %

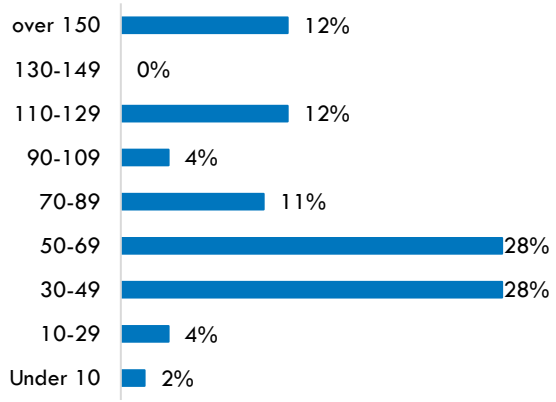
Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Variasjonen i hvor mye av arbeidstiden til kreftkoordinator knytter seg til henholdsvis pasienter og pårørende ikke spesielt stor.

Hvor mange pasienter og pårørende har kreftkoordinatorene kontakt med?

Ifølge Kreftforeningen har siden 2012 nærmere 39 000 pasienter og pårørende vært i kontakt med kreftkoordinator. I en undersøkelse fra 2016, svarte kreftkoordinatorene på spørsmålet «Totalt, hvor mange pasienter har du hatt kontakt med (enten gjennom personlige møter, e-post, SMS, telefon) siden du startet i stillingen (ca. totalantall per 1. oktober 2016)?», 20 985. Tilsvarende tall for pårørende var oppgitt til 18 503.

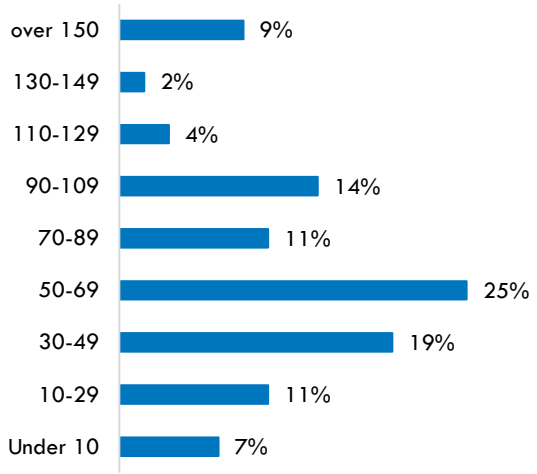
Figur 4-4: Antall pasienter respondentene var i kontakt med i 2016



Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=59)

Hvor mange kreftsyke pasienter den enkelte kreftkoordinator er i kontakt med, varierer betydelig. Figur 4-4 og **Feil! Ugyldig selvreferanse for bokmerke.** gir en oversikt over respondentenes anslag på hvor mange pasienter og pårørende de var i kontakt med i 2016.

Figur 4-5: Antall pårørende respondentene var i kontakt med i 2016



Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=59)

4.4 Pasient- og pårørendekontakt

Pasienter og pårørende kan komme i kontakt med kreftkoordinator på ulike måter. Kreftkoordinator-ordningen skal være et lavterskeltilbud, som er gratis å benytte seg av og som ikke krever vedtak. Det er ingen krav til henvisning, og alle henvendelser blir møtt. Kreftkoordinators kartlegging kan imidlertid vise behov for, og utløse vedtak om andre kommunale tjenester. Hvem som helst kan ta kontakt, det være seg venner, kreftpasienten selv, pårørende, spesialist-helsetjenesten, fastlege, helsepersonell i kommunen eller andre.

Det er viktig at kreftkoordinator er synlig og tilgjengelig for alle aktører; kreftpasienter, pårørende, samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og samarbeid med pasientforeninger og likepersoner. Synlighet/kjennskap om tjenesten er viktig for at kreftkoordinator skal kunne komme inn i bildet der det er et behov. Kommunen har et ansvar for å sørge for at kreftkoordinator er synlig og tilgjengelig for alle kreftrammede og pårørende i alle faser av et pasientforløp. Dette gjøres blant annet ved å beskrive tilbudet på kommunens hjemmesider, tilgjengelig-gjøring av brosjyrer, utdeling av visittkort, presentasjoner i ulike relevante fora, avisoppslag mm.

Informantene våre har erfart at en spesielt viktig del av jobben den første tiden i stillingen er å markedsføre seg selv og gjøre stillingen sin kjent, blant annet ved å delta på fagmøter. En informant fikk ved oppstart råd om å være én dag i uken på sykehus for å gjøre stillingen kjent, og mener at hun har fått mye igjen for dette.

Det er stor variasjon i hvordan pasienter og deres pårørende kommer i kontakt med en koordinator. På spørsmål om hvor stor andel av pasientene kreftkoordinatoren var i kontakt med i fjor som de fikk kontakt med i forbindelse med at de ble utskrevet fra sykehus, svarte kreftkoordinatorene i underkant av halvparten.

Tabell 4-4: Anslagsvis hvor stor andel av pasientene du var i kontakt med i fjor fikk du kontakt med i forbindelse med at de ble utskrevet fra sykehus?

	Andel pasienter
Snitt	44 %
Median	50 %
Standardavvik	22 %
Min	7 %
Størst	95 %

Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=57)

Respondentene svarer videre at om lag en fjerdedel av pasientene de var i kontakt med i 2016 hadde tjenester fra hjemmetjenesten da de fikk kontakt med kreftkoordinator første gang (Tabell 4-5).

Tabell 4-5: Anslagsvis hvor stor andel av pasientene du var i kontakt med i fjor hadde tjenester fra hjemmetjenesten da du fikk kontakt med dem første gang?

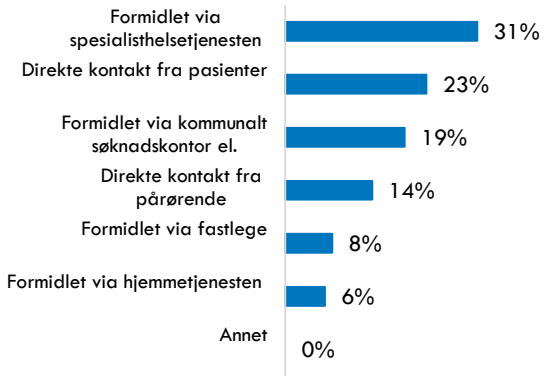
	Andel pasienter
Snitt	27 %
Median	25 %
Standardavvik	20 %
Min	2 %
Størst	80 %

Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=57)

I gjennomsnitt får kreftkoordinatorene kontakt med flere pasienter i forbindelse med sykehusutskrivning enn pasienter som har hjemmetjenester når de fikk kontakt med dem for første gang. Det er likevel stor variasjon mellom kreftkoordinatorene, som kan være et utslag av hvordan koordinatorene innretter sitt arbeid: Noen har mest kontakt med kreftpasienter på sykehusene og jobber med tilbakeføring til kommunen, mens andre har større fokus på hjemmeboende pasienter.

Respondentene ble i undersøkelsen bedt om å vurdere hvilke tre av seks gitte svaralternativ som er de vanligste kildene til at de kommer i kontakt med kreftpasienter. Det alternativet som flest kreftkoordinatorer vurderer som blant de viktigste kildene til å komme i kontakt med pasienter på, er gjennom spesialisthelsetjenesten. Videre er det mange som kommer i kontakt med pasientene via det kommunale søknadskontoret eller lignende funksjon. Direkte kontakt fra pasienter eller deres pårørende vurderes også av kreftkoordinatorene som en viktig kilde til å komme i kontakt med pasienter (Figur 4-6).

Figur 4-6: Viktigste kilder til å komme i kontakt med pasientene



Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Respondentene ble bedt om å gi anslag på hvor stor andel av pasientene de var i kontakt med i fjor som fikk henholdsvis:

- Korttidsopphold ved sykehjem eller palliativ enhet
- Hospiceplass
- Innleggelse ved sykehus
- Hjemmetjenester

Tabell 4-7: Andel av pasientene kreftkoordinator følger opp som i løpet av 2016 fikk hhv.:

	Gjennom-snitt	Median	Standard-avvik	Min	Størst
Korttidsopphold ved sykehjem eller palliativ enhet	35 %	30 %	19 %	0 %	90 %
Hospiceplass	4 %	0 %	8 %	0 %	30 %
Innleggelse ved sykehus	52 %	50 %	23 %	0 %	100 %
Hjemmetjenester	49 %	50 %	19 %	9 %	90 %

Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=57)

Også her er variasjonene betydelige. Når det gjelder korttidsopphold eller palliativ enhet kan forskjellene være knyttet til kapasiteten i de ulike kommunene. Hospiceplasser finnes kun i noen få kommuner. For innleggelse på sykehus bør sjansene forutsetningsvis være like store – men avstander og sykehusenes kapasitet og imøtekommenhet til å ta inn pasienter i palliativ/terminal fase kan nok variere. Minst variasjon (sett ift. gjennomsnittet) er det for pasienter som får hjelp fra hjemmetjenestene.

Videre rapporterte respondentene i gjennomsnitt at om lag 30 prosent av pasientene de var i kontakt med i 2016 døde Tabell 4-6.

Tabell 4-6: Anslagsvis hvor mange av pasientene du var i kontakt med i fjor døde?

	Antall pasienter	Andel pasienter
Snitt	23	32 %
Median	20	30 %
Variasjon		13 %
Min	2	4 %
Maks	70	67 %

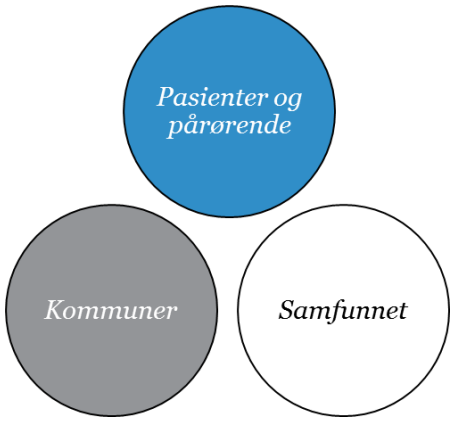
Datakilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=57)

5. Kreftkoordinator har betydning for kreftrammede, kommuner og samfunnet

En rekke aktører samvirker med kreftkoordinator. Først og fremst har kreft-koordinator betydning for pasienter og deres pårørende, men rollen kan også ha velferdsmessige og økonomiske virkninger for kommunene så vel som for samfunnet forøvrig.

Bedre koordinering, samordnede tjenester og helhetlige pasientforløp vil kunne medføre nyttevirkninger for pasienter og pårørende, men også for kommunene og samfunnet generelt. Det overordnede formålet med kreftkoordinatorsatsningen er å styrke kreftomsorgen i landets kommuner. Ordningen innebærer også kostnader, og kan medføre økt ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Figur 5-1: Virkninger for ulike grupper



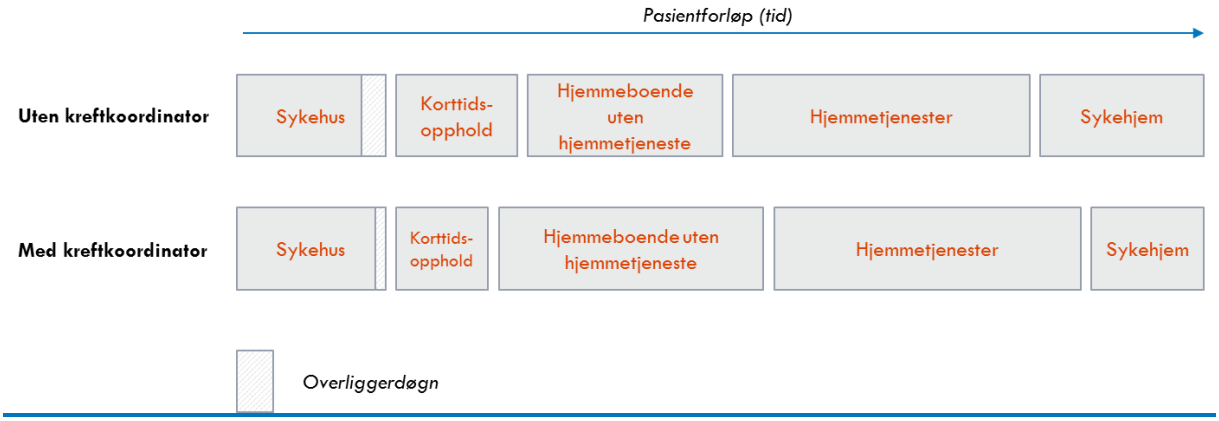
Virkningene av ordningen er til dels overlappende for de ulike gruppene. Enkelte virkninger kan være av betydning for pasientene eller kommunene, men også samfunnet generelt. Videre kan det tenkes at en kreftkoordinator bidrar til besparelser for samfunnet i form av redusert ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, men økt ressursbruk i kommunene. For å synliggjøre virkningene for de ulike gruppene har vi strukturert analysen slik at vi omtaler virkninger for de ulike gruppene hver for seg.

I de neste kapitlene vil vi drøfte de identifiserte virkningene av kreftkoordinatorsatsningen. Vi skiller mellom virkninger for pasienter og pårørende, kommunene og samfunnet for øvrig. Der det lar seg gjøre har vi forsøkt å prissette virkningene. Anslagene er usikre, noe som er håndtert med å presentere intervaller for estimatene.

Virkningene for pasienter og pårørende handler i hovedsak om å øke kvaliteten i kreftomsorgen gjennom forebygging, skape trygghet i pasientforløpet, motivere til mestring/rehabilitering og bidra med tilrettelegging av praktiske forhold.

Kreftkoordinator kan påvirke pasientforløpet på ulike måter. For det første kan kreftkoordinatoren gjennom sitt arbeid bidra til tidligere utskrivelse. Ved å identifisere pasientenes behov, og sikre at de mottar riktig hjelp kan antall korttidsopphold reduseres, mens perioden med hjemmetjenesten forlenges. For enkelte pasienter kan arbeidet til kreftkoordinator også bidra til at antall timer med hjemmetjenester reduseres. Til slutt kan en virkning være at pasientene utsetter sitt sykehjemsopphold. De potensielle virkningene av kreftkoordinatorordningen er illustrert i Figur 5-2

Figur 5-2: Illustrasjon av potensielle virkninger av kreftkoordinator på pasientforløpet



For å skape et best mulig tilbud til kreftrammede og deres pårørende, må kreftkoordinator samarbeide med og ha kunnskap om øvrige tjenester og tilbud i kommunen, så vel som «eksterne» aktører. Dette er nødvendig for å kunne sette inn riktig hjelp til riktig tid.

Kreftkoordinator må forholde seg til en rekke aktører internt i kommunen. Dette gjelder naturligvis kommunen som beslutningstaker (politisk og administrativ ledelse) og nærmeste overordnede med personalansvar. Pasienter som kreftkoordinator følger opp kan ha behov for hjemmetjenester, fysisk tilrettelegging, øvelser eller hjelpemidler, og kreftkoordinatorene må derfor samarbeide tett med den kommunale hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapeuter og hjelpemiddelsentralen. Kreftkoordinator må ha god kjennskap til hele den kommunale helsetjenesten, som sykehjem, lokalmedisinske senter, frisklivssentral, lindrende enhet, fastleger, psykisk helsetjeneste mm. i kommunen(e) de opererer i. Andre aktører internt i kommunen som kreftkoordinator forholder seg til i sitt arbeid er sosionomer, skole og barnehage. Mange kreftkoordinatorer er også en del av et ressurssykepleiernettverk eller liknende møteplasser for andre (bl.a. kreftsykepleiere) i kommunen.

Blant relevante aktører utenfor kommunen, og som kreftkoordinator forholder seg til, er spesialisthelsetjenesten, Kreftforeningen og andre pasientorganisasjoner, frivillige organisasjoner, leverandører av trygghetsalarm, NAV, pasientombud og prestetjenesten.

Hvilke aktører og interessenter kreftkoordinatorene samarbeider med og forholder seg til avhenger i stor grad av det eksisterende tilbudet i den kommunen de jobber i. Noen kommuner og bydeler har for eksempel tilgang til Fransiskushjelpen[5] eller hospice.

[5] Stiftelsen Fransiskushjelpen er en ideell organisasjon knyttet til Fransiskanerordenen i den katolske kirke. Fransiskushjelpen består av tre hovedavdelinger som alle jobber med mål om å være til stede for mennesker i nød: Pleietjenesten, Sykepleie på hjul og Frivillige tjenester. Under Frivillige tjenester ligger Familiehjelperen, Besøkstjenesten og Sorgtjenesten.

6. Virkninger for pasienter og pårørende

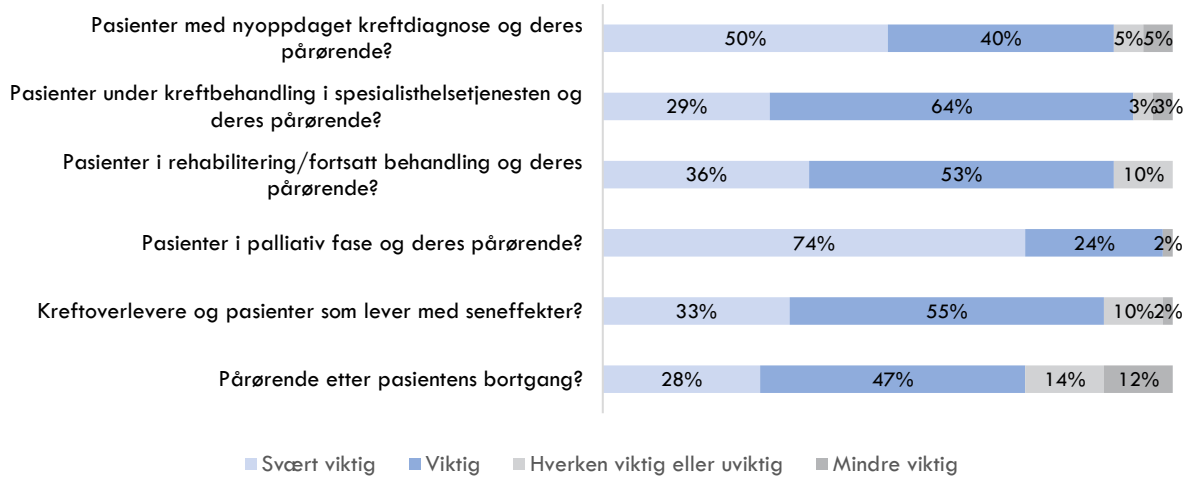
Kreftkoordinatorsatsningen er i hovedsak en satsning for å øke kvaliteten i kreftomsorgen og bidra til et bedre tjenestetilbud for pasienter og pårørende. Både pasienter og pårørende gir tilbakemeldinger om at de er fornøyde med tjenestene og trekker særlig frem trygghet og mestring, praktisk bistand og verdien av et lavterskeltilbud.

I spørreundersøkelsen vi gjennomførte blant kreftkoordinatorene, ble respondentene bedt om å ta stilling til viktigheten av kreftkoordinatorens funksjon for pasienter og pårørende i ulike faser av pasientforløpet. Respondentene ble bedt om å svare ut fra de tilbakemeldingene de har fått fra pasienter og pårørende som de har vært i kontakt med.

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende tyder på at rollen som kreftkoordinator er særlig viktig i perioden rett etter pasientene får kreftdiagnosen og i palliativ fase (Figur 6-1). Kreftkoordinatorene opplever også at deres rolle er viktig for pasienter og pårørende i de andre fasene i pasientforløpet.

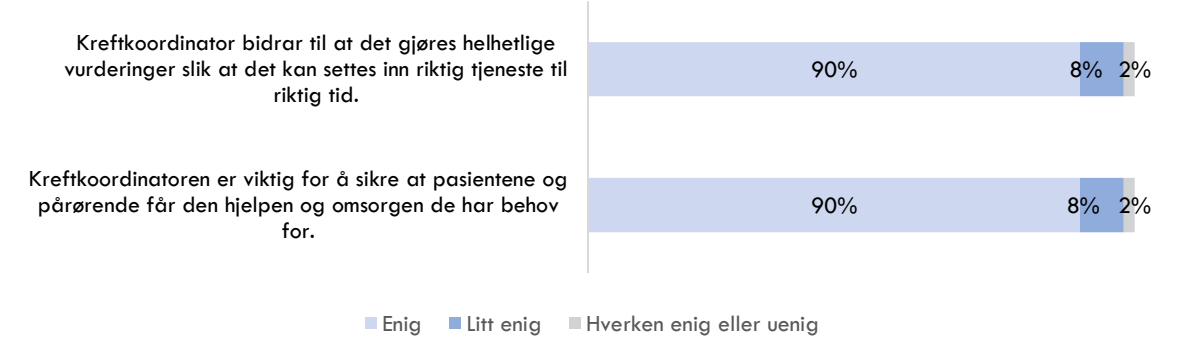
Kreftkoordinatorene trekker frem at de bidrar til at det gjøres helhetlige vurderinger, at riktig tjenester settes inn til rett tid og at pasienter og pårørende får de tjenestene de har behov for (Figur 6-2).

Figur 6-1: Ut fra tilbakemeldingene som du har mottatt fra pasienter og pårørende, hvor viktig mener du at din funksjon er for:



Datakilde: Spørreundersøkelse av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Figur 6-2: Påstander om kreftkoordinators rolle



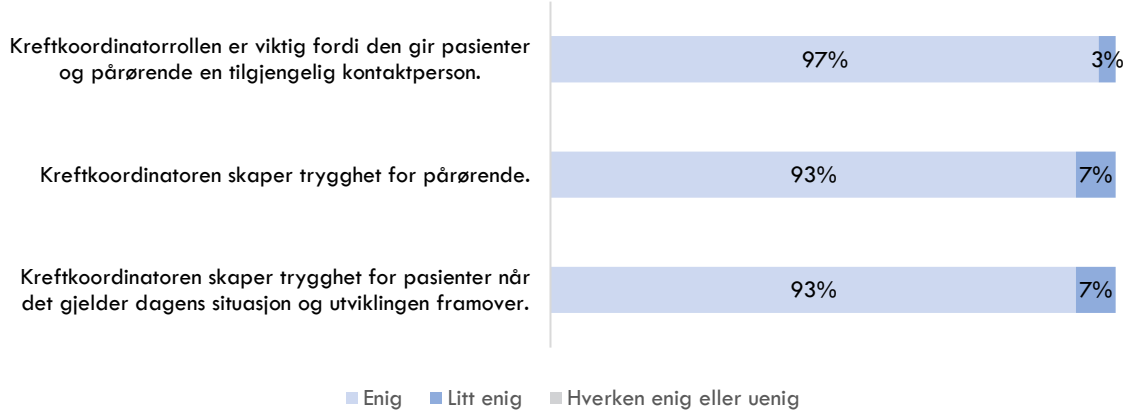
Datakilde: Spørreundersøkelse av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

6.1 Trygghet og mestring

I samtaler med Kreftkoordinator og representanter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten blir økt trygghet og mestring trukket frem som en av de viktigste virkningene av arbeidet til kreftkoordinator. Trygghet i tjenestetilbudet er viktig for både pasienter og pårørende. En informant uttaler at det raskt kommer frem i den første samtalen om pasienten er utrygg. Da handler det om å forenkle oversikten over hva som finnes der ute, svare ut pasientens spørsmål slik at problemer ikke eskalerer og å trygge pasienten på at man har tilgang på de tjenester de har behov for. Flere informanter nevner også at de jobber med å ufarliggjøre tjenester som lindrende avdeling på sykehjem der de mener at noen dager her kan bidra positivt til hvordan pasienten klarer seg hjemme i etterkant.

I spørreundersøkelsen rapporterer også kreftkoordinatorene at arbeidet deres er viktig for å sikre trygghet hos pasienter og pårørende (Figur 6-3).

Figur 6-3: Påstander om kreftkoordinators arbeid



Datakilde: Spørreundersøkelse av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

En informant sier at hun som kreftkoordinator driver mye opplæring av pasient og/eller pårørende, for eksempel skifte av smerteplaster, og mener det er lurt å spandere litt tid på opplæring slik at de greier seg bedre uten tjenester. Selv om pasienten ikke nødvendigvis har behov for hjemmetjenester, kan det være viktig at pasienten trygges på at de har *tilgang* på tjenesten ved behov. Det er med andre ord ikke gitt at pasienten benytter det, men det gir trygghet å vite om mulighetene. Kreftkoordinator oppfordrer derfor ofte pasienten til å søke for å ha mulighet til tilgang på hjemmetjenester, og oppfordrer til å søke om trygghetsalarm, noe som også utløser et vedtak.

Å bli diagnostisert med kreft innebærer en stor livsstilsendring for mange pasienter og pårørende. For enkelte kan den nye situasjonen oppleves som uoversiktlig og rotete. Mange pasienter og pårørende verdsetter derfor å finne et fast kontaktpunkt - den faste, trygge personen – i kreftkoordinator. Muligheten til å ha en kvalifisert person å ta kontakt med når det dukker opp spørsmål kan være av stor verdi for mange. Kreftkoordinatorene rapporterer at rollen er særlig viktig nettopp fordi det gir pasienter og pårørende en tilgjengelig kontaktperson og kontinuitet i relasjonen (Figur 6-3). Kreftkoordinator vil kartlegge pasientens behov gjennom støttesamtaler, og bidra til et mer individtilpasset tilbud gjennom å koble på riktige tjenester og koordinere ulike deler av tjenestetilbudet.

Kreftkoordinator skal også ha oversikt over aktuelle frivillige tilbud utover de kommunale tilbudene. Likepersonstjenesten tilbyr for eksempel en tjeneste hvor man kan snakke med medmennesker med egen erfaring med kreft, som kreftkoordinator kan koble på og som kan være til nytte for pasienter og pårørende.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Trygghet og mestring å ha «stor betydning» for pasienter og pårørende, og kreftkoordinators rolle antas i «stor grad» å bidra positivt til denne virkningen. Som konsekvens vurderer vi virkningen av kreftkoordinator på trygghet og mestring for pasienter og pårørende som «stor».

6.2 Informasjon og veiledning

En av kreftkoordinatorenes primæroppgaver er å være et lavterskeltilbud som gir pasienter og pårørende en kvalifisert person å snakke med om sin nye livssituasjon. En viktig oppgave er også å jobbe for at hverdagen til de kreftrammede blir enklere. I en undersøkelse gjennomført av TNS Gallup trekker både pasienter og pårørende frem at de har fått praktisk bistand og hjelp til å finne frem i det offentlige

systemet. Samlet oppgir 90 prosent av respondentene (N=251) at bistanden fra kreftkoordinator var det de var ute etter, enten som forventet eller mer. 64 prosent oppgir at kreftkoordinator har hjulpet de med å få bistand fra andre instanser, hvor særlig sykehus, hjemmesykepleie og NAV blir trukket frem. Kreftkoordinators fleksibilitet i arbeidet gjør at de i stor grad kan tilpasse seg hvor stort behovet til pasienten er. For eksempel vil det for mer ressurs-sterke brukerne kunne være tilstrekkelig at kreftkoordinator informere om at det finnes en tjeneste og hvor de finner søknadsskjema. For mer ressurssvake brukerne vil kreftkoordinator kunne bistå i å fylle inn og levere skjema.

God koordineringsevne fordrer at kreftkoordinator har oversikt over og kanaler inn mot alle de tjenester som kreftrammede kan ha behov for eller mottar tjenester fra, og greier å koble behovet og tjeneste. En informant fra hjemmetjenesten beskriver kreftkoordinator som at:

> *Hun er et naturlig bindeledd inn mot ergo, fysio, møteplasser etc. og samtidig over i kommunale tjenester opp mot søknadskontoret og politikere.*
>
> *- Representant fra hjemmetjenesten*

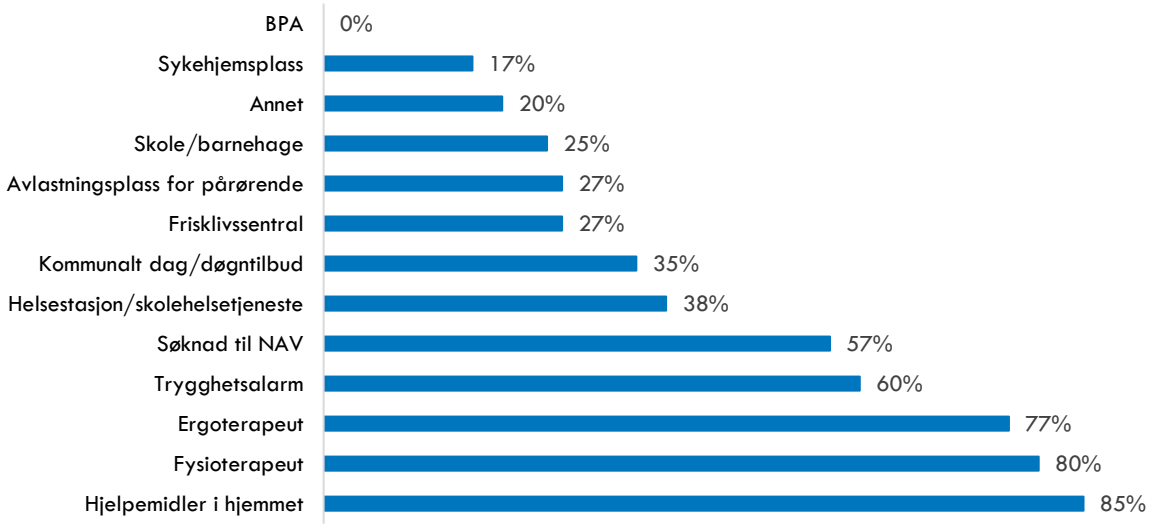
Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Informasjon og veiledning å ha «middels betydning» for pasienter og pårørende. Kreftkoordinators bidrar «særlig positivt! til å sikre informasjon og veiledning.

6.3 Tilgang til riktige tjenester i kommunen

Kreftkoordinatorene rapporterer at de bidrar til at flere kreftpasienter kommer tilbake til hverdagen og at de kan være hjemme – med eller uten andre tjenester fra kommunen. Gjennom støttesamtaler kan kreftkoordinator kartlegge hvilke tjenester som er riktige for pasienten, gitt den fasen den er inn i. Dette kan dreie seg om riktig bruk av hjelpemidler, mulighet til å ringe kreftkoordinator som gjør seg tilgjengelig, økonomisk støtte, eller avlastning. Dette kan være viktige forhold for at pasientene skal kunne bo i eget hjem, og i enkelte tilfeller komme tilbake i jobb.

I spørreundersøkelsen ble kreftkoordinatorene bedt om å krysse av for hvilke tilbud og tjenester de har bidratt til å koble på, og som de tror at pasienten ikke ville benyttet dersom kreftkoordinator ikke hadde bistått. Rundt 4 av 5 respondenter svarer at de bidrar til å koble på fysio- og ergoterapeuter og hjelpe-midler i hjemmet. Rundt 60 prosent av kreftkoordinatorene bistår pasienter med søknader til NAV og med å skaffe trygghetsalarm (Figur 6-4).

Figur 6-4: Tilbud og tjenester som kreftkoordinatorer har bidratt til å koble på og som pasienten trolig ikke ville benyttet dersom kreftkoordinator ikke hadde bistått



Datakilde: Spørreundersøkelse av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Tidligere utskrivelse

Kreftkoordinators koordinering opp mot sykehuset kan gjøre de tryggere på mottaksapparatet i kommunen og derigjennom bidra til at enkelte pasienter kan få raskere utskrivelse fra sykehus. For mange pasienter og pårørende er dette av stor verdi. Kreftrammede kan tilbringe lengre tid i vante omgivelser, samtidig som de raskere kommer tilbake til en mest mulig «normal» hverdag. I tillegg kan reisetiden til og fra sykehuset for pårørende reduseres.

Flere kreftkoordinatorer opplyser at de har god kontakt med og får mange telefoner fra onkologisk poliklinikk. De opplever at legene er tryggere på å sende hjem pasientene når de vet at kreftkoordinator følger opp jevnlig. Typisk i slike tilfeller er at pasienten ikke ville ha hjemmetjeneste, og heller ikke vil på lindrende enhet.

Det er krevende å identifisere omfanget av denne virkningen. Sykehusene ønsker å legge til rette for tidlig utskrivelse uavhengig av pasientens bosted.

Rehabilitering

Mange kreftkoordinatorer jobber aktivt med å motivere pasienter til å jobbe med rehabilitering. De sprer kunnskap og hjelper pasienten med å reflektere over egen innsats og mulighetene til å komme tilbake til et friskere liv. Kreftkoordinator kan eksempelvis bidra til å få pasienten inn på kommunale eller frivillige tilbud som bidrar til fysisk aktivitet, ernæringsråd eller andre livsmestringskurs. Fokus på rehabilitering kan bidra til å begrense senskader av kreftbehandling. Stadig flere blir helbredet av kreft og flere lever med kronisk kreftsykdom og senskader, og mange av disse vil oppleve stor verdi av en friskere hverdag og kanskje mulighet til å komme tilbake i arbeidslivet.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Tilgang til riktige tjenester å ha «middels betydning» for pasienter og pårørende, og kreftkoordinators arbeid er vurdert til å ha «middels positiv effekt» på hvorvidt pasientene får tilgang til riktige tjenester.

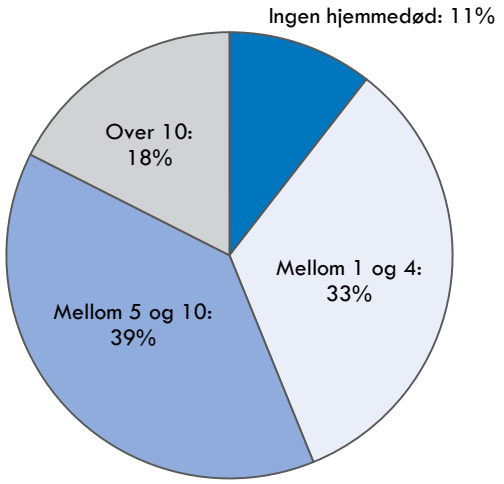
6.4 Mulighet til å dø hjemme

Sammenlignet med andre land i verden dør relativt få mennesker i eget hjem i Norge. De siste årene har vi også sett en økning i antall dødsfall som skjer i sykehjem[6]. Død i hjemmet kan forsterke tilhørighet til og samarbeid med familien og sivilsamfunnet, gi bedre forutsetninger for å beholde regien enn på et sykehus og bidra til at døden ikke kun blir noe som hører profesjonene til. Å legge til rette for at mennesker kan dø hjemme, kan hjelpe oss til å få et mer naturlig forhold til døden. Dette kan ha stor verdi for mange pasienter og pårørende.

I intervjuene vi gjennomførte opplyser både kreftkoordinator og andre representanter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten at kreftkoordinator spiller en viktig rolle for å legge til rette for at det er mulig å dø hjemme. Dette bekreftes av kreftkoordinatorene i spørreundersøkelsen, hvor 74 prosent er enig og 22 prosent er litt enig i påstanden om at kreftkoordinator er viktig for å legge til rette for at pasienten får dø i hjemmet dersom pasienten og pårørende ønsker det. Kreftkoordinator opplever at selv om det gjerne er ressurssykepleier som har hovedansvaret for å tilrettelegge, er deres støtterolle viktig. I tillegg har fastlegene en nøkkelrolle der brukeren ønsker å dø hjemme, og kreftkoordinator kan bidra til å koble på fastlege og koordinere de ulike tjenestene.

Ser vi på antall pasienter kreftkoordinator bistod med å tilrettelegge hjemmedød for i 2016 er det stor spredning mellom kreftkoordinatorene (svarene varierer mellom 0-15 pasienter). Flesteparten (72 %) av kreftkoordinatorene opplyser at de var med å tilrettelegge for hjemmedød for 1-4 (33 %) eller 5-9 (39 %) i løpet av 2016. Kun seks (11 %) av respondentene oppga at de ikke deltok i til rettelegginger for at pasienter kunne dø hjemme i fjor.

Figur 6-5: Antall tilfeller med hjemmedød som kreftkoordinator har tilrettelagt for i 2016



Gjennomsnitt: 5,2
Median: 5,0

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=57)

[6] Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013))

Enkelte av pasientene kreftkoordinator bistod å tilrettelegge hjemmedød for ville trolig kunne død i hjemmet uavhengig av om kommunen har kreftkoordinator eller ikke. Vi ba derfor kreftkoordinatorene om å anslå hvor mange av tilfellene med hjemmedød de var med på å tilrettelegge for i fjor som de mener ikke hadde vært mulig å gjennomføre uten kreftkoordinator. I gjennomsnitt svarte kreftkoordinatorene at dette gjaldt for 42 prosent av pasientene de hadde tilrettelagt hjemmedød for (median = 46 %).

Kreftkoordinator får ofte god kontakt med pårørende, og det er derfor naturlig å følge dem opp gjennom etterlattesamtaler dersom pasienten skulle dø. Enkelte kreftkoordinatorer nevner også at de kan hjelpe etterlatte med praktiske forhold etter dødsfall.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Mulighet til å dø hjemme å ha noe «mindre betydning» for pasienter og pårørende som gruppe, selv om det kan ha stor betydning for den enkelte som har et ønske om å dø i hjemmet. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert å være «middels til stort positiv».

6.5 Oppsummering av virkninger for pasienter

Kreftkoordinator tilbyr noe nytt i det kommunale tjenestetilbudet, hvor særlig fokus på trygghet og mestring blant pasienter og pårørende, samt praktisk bistand, står sentralt. Videre spiller kreftkoordinator en viktig rolle i å øke kvaliteten i tjenestetilbudet gjennom å koordinere tilbudet som finnes, koble på riktige tjenester til riktig tid og bistå med praktiske oppgaver.

Virkningene av kreftkoordinator for pasienter og pårørende er ikke forsøkt prissatt, men vurdert som ikke prissatte virkninger i henhold til beskrivelse i kapittel 1.3. Vurderingene er oppsummert i Figur 6-6.

Figur 6-6: Oppsummering av virkninger for pasienter og pårørende

Virkning	*Virkning av kreftkoordinator*
Trygghet og mestring	●
Informasjon og veiledning	◕
Tilgang til riktige tjenester	◑
Mulighet til å dø hjemme	◔

Figurforklaring: Virkningene er vurdert etter hvilken betydning de har for pasienter og pårørende og hvilken påvirkning kreftkoordinator (omfang) har på den aktuelle virkningen.

7. Virkninger for kommunene

Formålet med kreftkoordinatorordningen er primært å øke pasientens trygghet og mestring i en vanskelig livssituasjon. Ordningen skal bidra til at pasienter og pårørende får gode helsetjenester og tilgang til informasjon og støtte. Mange kreftkoordinatorer er sentrale i kommunenes kreftarbeid og medvirker til en profesjonalisering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ved at de identifiserer forbedringsbehov og initierer endringer.

Kreftkoordinatoren bidrar til bedre koordinering mellom tjenesteytere, riktigere omfang av tjenester og til at pleietrengende pasienter kan bo lengre hjemme og med et mindre omfattende støttetilbud. Ordningen kan også medføre økte kostnader ved at pasientene får informasjon om eksisterende hjelpetilbud eller ved at det identifiserer behov for tiltak.

Kommunene er så langt stort sett svært fornøyde med ordningen og ønsker i all hovedsak å videreføre ordningen så langt de har budsjettmidler. Fra strategiplaner, intervjuer og spørreundersøkelsen har vi identifisert en rekke virkninger kreftkoordinator kan ha for ressursbruken innen kreftomsorgen i kommunen og for innbyggernes opplevelse av helsetjenesten.

7.1 Kreftkoordinatorens rolle i kommunen

Kreftkoordinatorstillingen er tenkt som noe kvalitativt nytt i kommunen, og ikke en videreføring av eksisterende stillinger og funksjoner. Kreftkoordinatorene er ment som et lavterskeltilbud uten krav om vedtak. Kartlegging kan vise at pasientene har udekkede behov og derved utløse vedtak om kommunale tjenester. Deler av arbeidet innebærer et «sørge-for»-ansvar: Koordinere kreftomsorgsarbeidet gjennom og via de ressursene som finnes. Kreftkoordinatoren skal ha et overordnet blikk og være et kontaktpunkt og en igangsetter, og bidra til å skape hensiktsmessige rammer og kontinuitet. Alle kreftkoordinatorer har et slikt «sørge-for-ansvar», men dette er spesielt viktig i store kommuner/bydeler eller interkommunalt.

I praksis ser vi at deler av de oppgaver kreftkoordinatorene utfører, dekkes av annet helsepersonell i kommuner uten koordinator. Noen oppgaver forblir imidlertid uløste. Respondentene i spørreundersøkelsen forteller at kreftkoordinatorene ofte er i stand til å utføre oppgavene med en høyere kvalitet eller mer effektivt enn de som ikke har fag- og erfaringsbakgrunn som kreftkoordinator.

7.2 Personalkostnader

Kommunens medfinansieringsansvar for stillingen utgjør 25 prosent av brutto lønnskostnader til stillingen de første tre årene. Det fjerde og femte året dekker kommunen henholdsvis 40 og 60 prosent av stillingen, og det sjette året 80 prosent.

Lønn og sosiale kostnader til en kreftkoordinator vil variere fra kommune til kommune. I en stillingsutlysning fra Oslo kommune, bydel Sagene[7], oppgis det en lønnsplassering i lønnstrinn 38 i Oslo kommunes regulativ. Dette tilsvarte i 2016 en brutto årslønn på 494 200 kroner. Justert til 2017 kroner er bruttolønnen omlag 500 000 kroner. Levekostnadene i Oslo er høye, og lønningene har tradisjonelt vært høyere i Oslo enn ellers i landet.

I tillegg til årslønnen påløper sosiale kostnader for kommunen. Dette omfatter blant annet feriepenger, arbeidsgiveravgift, pensjonsordning, yrkesskadeforsikring, vikarutgifter ved sykefravær og andre felleskostnader. En tommelfingerregel er at sosiale kostnader utgjør 30-40 prosent av grunnlønnen.

Dersom vi legger til grunn sosiale kostnader på 35 prosent av grunnlønnen, og en gjennomsnittlig årslønn på 470 000 kroner blir lønnskostnadene knyttet til kreftkoordinator **635 000 kroner** (2017-kroner).

Tabell 7-1: Lønn og sosiale kostnader knyttet til kreftkoordinator, 2017-kroner

Kommunens finansierings-andel	Finansiering Kreftforeningen	Kommunens kostnader
25 %	476 250	158 750
40 %	381 000	254 000
60 %	254 000	381 000
80 %	127 000	508 000
100 %	0	635 000

[7] https://karrierestart.no/ledig-stilling/526450 (10.05.2017)

7.3 Strategiarbeid i kommunen

Kreftkoordinator skal bidra til å forbedre kreftomsorgen i kommunen. Et stadig viktigere område er systematisk informasjonsarbeid, utarbeidelse av folkehelseplaner, forebyggingstiltak og kommunale strategier, herunder å utvikle planer for enkeltfaser eller enkeltgrupper innen kreftomsorgen. Det er særlig i kommuner der kreftkoordinator er godt etablert at planarbeid prioriteres. Flere kreftkoordinatorer peker på at systematisk arbeid med andre deler av kreftomsorgen enn praktisk koordinering og pleie blir stadig viktigere ettersom kreftpasienter i større grad blir kronikere som lever med kreften. I første fase prioriteres ofte fagutvikling og utvikling av nye/endrede rutiner og systemer på tvers av sektorene.

Kreftkoordinatorene utvikler også enkeltstrategier innen kreftomsorgen, som egne planer for hvordan kommunene skal følge opp barn og unge med kreft og hvordan man skal sikre en beste mulig rehabilitering og tilrettelegge for arbeidsdeltakelse. Samlet bidrar dette til en profesjonalisering av kommunens tilbud.

Ulik tilgang til helsetjenester mellom innbyggerne i kommunen blir av flere kreftkoordinatorer oppfattet som en utfordring. De er opptatt av at kommunen skal arbeide systematisk med å fange opp sårbare grupper i samfunnet. Et eksempel er personer som ikke har digital kompetanse og som dermed ikke klarer å benytte seg av offentlige tilbud ettersom kontaktinformasjon og søknad skjer på nett. Andre eksempler er personer uten (ressurssterke) pårørende eller nettverk, personer med mangelfull boevne eller personer som i liten grad er integrert i samfunnet, som enkelte innvandrergrupper. Deler av arbeidet med folkehelseplaner og kreftstrategier dekkes av annet personell i kommuner som ikke har kreftkoordinator. En innføring av kreftkoordinator medfører at disse frigjør tid (kommunelege, helse- og sosialadministrasjon, ansatte i hjemmesykepleien). Andre deler av oppgavene som kreftkoordinatoren utfører innebærer en styrking av kommunens arbeid.

7.4 Kompetansebygging

Mange opplever at kreftkoordinator er en faglig ressursperson som bidrar til å styrke kompetansen i kommunen innen kreftomsorgen. Representanter for hjemmetjenester og sykehjem rapporterer at kreftkoordinatorene tilfører dem kunnskap om kreft og kreftbehandling, og hvordan man kan finne effektive samhandlingsløsninger. For kommuner uten kreftsykepleiere i hjemmetjenesten, oppleves effekten som særlig stor.

Mange kreftkoordinatorer «brenner for kreftsaken» og bringer med seg erfaring fra spesialist-helsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Over tid har de avdekket behov og tatt del i ulike nettverk, prosjekter og fagutviklingstiltak. Enkelte er også involvert i forskningsprosjekter. Helsepersonell vektlegger at tilgang til kreftkoordinator gir dem trygghet i møte med kreftpasienter. For den enkelte ansatte i hjemmetjenesten går det ofte litt tid mellom hver gang de har med kreftpasienter å gjøre, og de kan være redde for å gjøre feil.

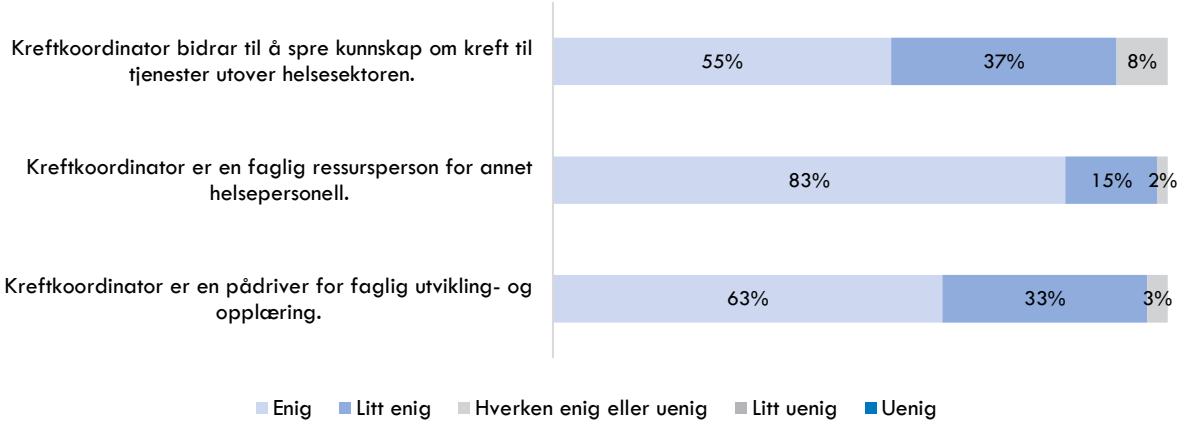
I flere kommuner forteller kreftkoordinatorer at de i de første årene har gitt opplæring og støtte til kommunens medarbeidere, gjerne knyttet til bruk av teknisk utstyr og palliativ omsorg. Videre bidrar de til utvikling av rutiner og systemer for dialog mellom spesialisthelsetjenesten, fastlege, tjenestekontor, hjemmesykepleien, sykehjem og hjelpemiddelsentral. I kommuner med egne kreftsykepleiere og med gode rutiner i hjemmesykepleien og sykehjem kan kreftkoordinator heller ha en rolle som rådgiver eller sparringspartner i enkeltsaker, hvor kreftkoordinator gjerne kjenner pasienten fra tidlig i forløpet.

Kommunelegene opplever både at deres kapasitet i noen grad kan bli frigjort både i forhold til faglig veiledning for annet helsepersonell og knyttet til praktisk koordinering for pasienter. De kan også oppleve at de får økt kunnskap om praktiske forhold knyttet til pasientenes behov som hva pasienten har behov for av utstyr og oppfølging hjemme. Kommunelegene kan kommunisere sin kunnskap og erfaring til fastlegene i kommunen.

Kreftkoordinatorene bidrar også med kurs og informasjonsmøter for pårørende.

Kreftkoordinatorene som deltok i spørreundersøkelsen, er enige i at kreftkoordinator er en faglig ressursperson for annet helsepersonell, men også bidrar til å spre kunnskap om kreft til aktører utenfor helsetjenesten. Respondentene er også i all hovedsak enige eller litt enig i at kreftkoordinator er en pådriver for faglig utvikling og opplæring (Figur 7-1). Mange kreftkoordinatorer har høy faglig kompetanse innen kreftomsorg, og bruker tid på å holde seg oppdatert på området, og bidra til å spre kunnskap.

Figur 7-1: Påstander om kreftkoordinators rolle



Datakilde: Spørreundersøkelse av Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

7.5 Pasientforløp

Kreftkoordinator kan påvirke hvordan pasientforløpet arter seg, og bidra til større grad av individtilpasset omsorg. I det følgende vil vi beskrive potensielle virkninger av kreftkoordinatorens arbeid på pasientforløpet som påvirker ressursbruken i kommunen.

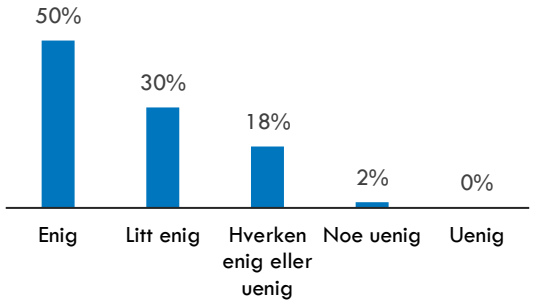
7.5.1 Pasientens behov løses på et lavere tjenestenivå

Gjennom intervjuene ga representanter fra hjemmetjenesten, sykehjem og søknad-/bestillerkontor utrykk fra at kreftkoordinatoren bidro til at pasienter fikk behov for færre tjenester fordi kreftkoordinator løste pasientens behov på et lavere tjenestenivå. I spørreundersøkelsen ble derfor kreftkoordinatorene stilt ovenfor følgende påstand:

> *Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at pasienter som skrives ut fra sykehuset får færre tjenester fordi pasientens behov løses på et lavere tjenestenivå enn det pasienten ville fått uten din medvirkning.*

Om lag 80 prosent av respondentene sa seg enig i påstanden, mens bare to prosent var uenige (Figur 7-2). Kreftkoordinators faglige ekspertise og kjennskap til det kommunale helse- og omsorgstilbudet gjør dem godt egnet til å vurdere pasientenes behov. Dersom kreftkoordinatorene klarer å medvirke til at pasientens og pårørendes behov blir løst på et lavere tjenestenivå kan kommunen oppnå økonomiske besparelser. I det følgende vil vi drøfte og forsøke å prissette virkningene av arbeidet til kreftkoordinator.

Figur 7-2: Påstand: Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at pasienter som skrives ut fra sykehuset får færre tjenester fordi pasientens behov løses på et lavere tjenestenivå enn det pasienten ville fått uten din medvirkning



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Det er utfordrende å si med sikkerhet hvor stor denne effekten er. Det er to grunner til dette: For det første har det over tid vært arbeidet for å bidra til tidligere utskrivning fra sykehus med krav om at kommunene skal ha et tilfredsstillende tilbud enten de har kreftkoordinator eller ikke. For det andre er det ved egenrapportering naturlig å tillegge oppgavene man arbeider med stor effekt og betydning.

Det er derfor nødvendig å tolke rapporterings-resultatene med varsomhet.

7.5.2 Færre overliggerdøgn

Kreftkoordinatoren kan i noen grad bidra til raskere utskrivelse og færre overliggerdøgn[8]. For enkelte

[8] Kommunene må betale en døgnpris for utskrivningsklare pasienter de ikke har mulighet til å ta imot fra sykehuset.

kommuner kan det utløses gevinster som følge av reduserte kostnader til overliggerdøgn.

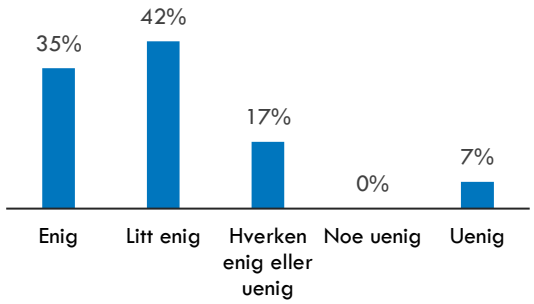
Kreftkoordinator kan eksempelvis bidra ved at de kan finne en enklere og mer gjennomførbar oppfølging i kommunene enn det sykehuset anbefaler og ved at både sykehuset og kommunens medarbeidere i større grad er trygge på at de har et tilbud som er egnet til å ta imot pasientene.

For å synliggjøre omfanget av potensielle besparelser har vi spurt kreftkoordinatorene om å anslå hvor mange pasienter de bidrar til at kommunen kan ta imot raskere fremfor å betale for en forsinket utskriving. Respondentene ble først stilt ovenfor følgende påstand:

> *Kreftkoordinatorens kontakt med sykehuset kan bidra til at pasienter raskere tas imot i kommunen – slik at det blir færre «overliggerdøgn» som kommunen må betale for.*

I alt 77 prosent av respondentene svarte at de er enig eller litt enig i påstanden om at kreftkoordinators arbeid bidrar til at kommunen må betale for færre overliggerdøgn (Figur 7-3).

Figur 7-3: Påstand: Kreftkoordinatorens kontakt med sykehuset kan bidra til at pasienter raskere tas imot i kommunen – slik at det blir færre «overliggerdøgn» som kommunen må betale for



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

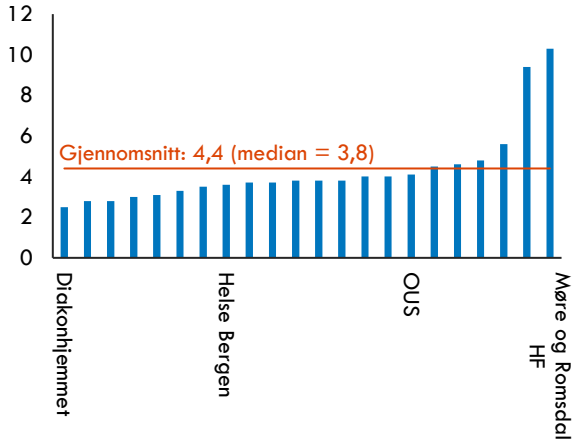
Respondentene ble deretter bedt om å angi andelen av pasientene de var i kontakt med hvor deres arbeid bidro til at kommunen kunne ta imot pasienten fremfor å måtte betale for forsinket utskrivning. I gjennomsnitt svarte kreftkoordinatorene at dette var tilfelle for omtrent 10 prosent av pasientene de var i kontakt med i 2016.

Kommunene betaler en pris per liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Døgnprisen for 2017 er satt til 4 622 kroner[9].

Svarene fra kreftkoordinatorene må som nevnt tolkes med varsomhet. Det er krevende for dem å vurdere presist hvor mange pasienter de hindrer at kommunen må betale sen utskriving for.

I gjennomsnitt for norske helseforetak var antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter 4,4 dager i 2016 (Figur 7-4). Tall fra SAMDATA viser store forskjeller mellom regionene. Mens antall gjennomsnittlig antall liggedager for utskrivningsklare pasienter var 10,3 for Møre og Romsdal HF var tilsvarende størrelse 2,5 for Diakonhjemmet sykehus.

Figur 7-4: Gjennomsnittlig antall liggedøgn etter utskrivelse for norske helseforetak, 2016



Datakilde: SAMDATA. Analyse Oslo Economics

God og effektiv koordinering mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan gjøre at pasientene tidligere blir overført til kommunen.

Kreftkoordinatorene som svarte på spørsmålet om anslagsvis hvor mange pasienter de var i kontakt med i fjor (N=57), var i gjennomsnitt i kontakt med 78 pasienter i 2016. Dersom vi legger til grunn at de halverer antall overliggerdøgn for 10 prosent av pasientene de var i kontakt med samme året tilsvarer dette 17 sparte overliggerdøgn per kreftkoordinator per år. Det kan imidlertid stilles spørsmålstegn til om de klarer å fremskynde prosessen for så mye som for 10 prosent av pasientene de er kontakt med. Hvis vi legger til grunn at de klarer dette for 5 prosent av pasientene blir sparte overliggerdøgn per kreftkoordinator per år 9. Med døgnpris på 4 622 kroner blir besparelsene for kommunen mellom 40 000 og 80 000 kroner per kreftkoordinator (Figur 7-5).

[9] https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter

Figur 7-5: Anslag på besparelse av reduserte overliggerdøgn, per år per kreftkoordinator

	Lavt anslag (5% av pasienter)	Høyt anslag (10% av pasienter)
Reduserte overliggerdøgn	9	17
Kostnadsbesparelse for kommunen	**40 000 kr**	**80 000 kr**

Når legene skal skrive ut pasienten, kan de være usikre på om pasienten vil klare seg tilfredstillende utenfor sykehuset. Legene og sykepleierne på sykehuset kan da bekymre seg for pasienten og deres pårørende. De opplever at det er mye lettere hvis de vet at kommunen har personell som kjenner kreftpasientenes behov.

7.5.3 Færre korttidsopphold

Kreftkoordinator gjør kommunene bedre rustet til å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Ved å identifisere pasientenes behov, og i større grad tilrettelegge for at pasienten bor hjemme, vil man kunne redusere antall korttidsopphold på institusjon. Helsemedarbeidere i spesialisthelsetjenesten kan også i enkelte tilfeller føle seg tryggere på at pasientens behov blir ivaretatt i kommunen, noe som igjen kan redusere antallet korttidsopphold.

Virke, Kommunenes sentralforbund (KS) og Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) har sammen beregnet enhetskostnader i pleie og omsorgstjenester i kommunene (Virke mfl. 2013). De finner at kommunenes kostnader for en sykehjemsplass er 910 000 kroner i 2013, noe som tilsvarer en døgnpris per plass på 2 493 kroner. Justert til 2017-kroner blir døgnprisen omtrent 2 730 kroner.

Kreftkoordinatorene oppgir at i gjennomsnitt 35 prosent (median = 30 %) av pasienten de var i kontakt med i 2016, hadde korttidsopphold ved sykehjem eller ved palliativ enhet. Hvor mange korttidsopphold en kreftkoordinator gjennom sitt arbeid klarer å redusere er usikkert. For å synliggjøre potensielle gevinster har vi utarbeidet to anslag med følgende forutsetninger:

- Lavt anslag: Kreftkoordinator bidrar til en dags reduksjon i korttidsoppholdet til 20 prosent av pasientene de har kontakt med som har korttidsopphold
- Høyt anslag: Kreftkoordinator bidrar til tre dagers reduksjon i korttidsoppholdet til 50 prosent av pasientene de har kontakt med som har korttidsopphold

I beregningen har vi lagt til grunn at korttidsoppholdet erstattes med en time hjemmetjeneste per dag. Med forutsetningene som beskrevet over blir besparelsene for kommunen som presentert i Tabell 7-2.

Tabell 7-2: Anslag på besparelse av færre korttidsopphold, per år per kreftkoordinator

	Lavt anslag	Høyt anslag
Reduserte døgnopphold på institusjon	5,5	40
Kostnadsbesparelse for kommunen	**10 000 kr**	**90 000 kr**

7.5.4 Mindre hjemmetjenester i første fase

Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at utskrevne pasienter behøver færre tjenester fordi pasientens behov løses på en enklere måte. Søknadskontorene eller lignende enhet rapporterer at sykehusene ofte overvurderer hvilke tjenester pasientene trenger etter utskrivelse fordi sykehuspersonellet ønsker «å være på den trygge siden». Med en kreftkoordinator vil det være enklere å identifisere den enkeltes behov, noe som kan bidra til å redusere tjenesteomfanget og dermed ressursbruken i kommunene.

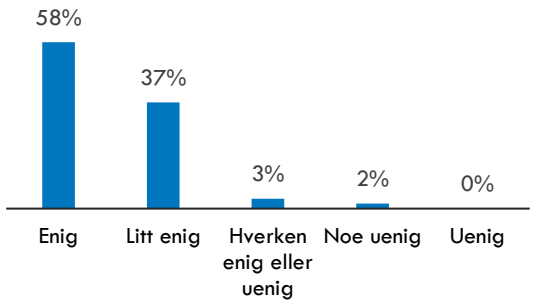
En positiv virkning for kommunen er at flere kreftpasienter kan klare seg lengre uten hjemmetjenester som følge av støtten fra kreftkoordinator gjennom samtaler, ved å koble på ergo- og fysioterapeut og riktige hjelpemidler og hjelp i dialog med andre instanser. Pasientene som kan ringe kreftkoordinatoren og som får hjelp fra denne, kan bli trygge på at de får hjelp når behov oppstår. Dette kan bidra til mindre unødig bruk av tjenester. Ved behov for tjenester, kan kreftkoordinator bidra til at disse leveres raskere, noe som er viktig for pasienten og pårørende. En informant trekker for eksempel frem at hun kan skaffe hjelpemidler effektivt ved å ta en telefon direkte til teknikeren ved hjelpemiddelsentralen og selv bringe hjelpemidler ut til pasienten. Hjemmetjenesten i kommunen har ikke mulighet til å gjøre dette, og teknikeren kjører kun ut utstyr to dager i uken, slik at alternativet derfor hadde vært å bo hjemme uten hjelpemidler, eller søke korttidsopphold.

Kreftkoordinatorene som deltok i vår undersøkelse ble presentert for følgende påstand knyttet til bruk av hjemmetjenester:

> *Flere kreftpasienter kan klare seg selv i hjemmet uten hjemmetjenester som følge av støtten, tryggheten og/eller tjenester kreftkoordinator utløser.*

Av respondentene svarte 95 prosent at disse var enige eller litt enige i påstanden (Figur 7-6).

Figur 7-6: Påstand: Flere kreftpasienter kan klare seg selv i hjemmet uten hjemmetjenester som følge av støtten, tryggheten og/eller tjenester kreftkoordinator utløser.



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Kreftkoordinatorene svarer i spørreundersøkelsen at det er særlig trygghetsskapende støttesamtaler med pasient og/eller pårørende, ergo-/fysioterapeut eller andre hjelpemidler og hjelp i dialog med andre instanser (NAV, kommunehelsetjenesten m.m.) som er viktig for at pasientene skal kunne bo klare seg selv hjemme.

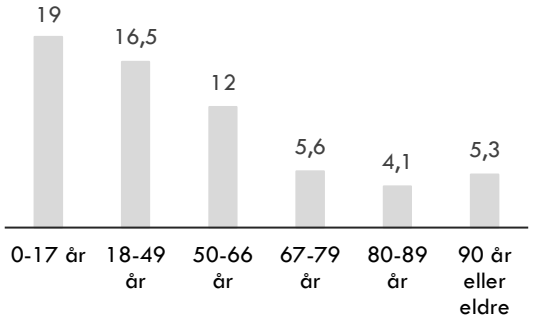
For å tallfeste andelen av pasientene som får lavere forbruk av hjemmetjenester utfordret vi kreftkoordinatorene til å anslå hvor stor andel av pasientene de var i kontakt med i 2016 som kunne klare seg uten hjemmetjenester som følge av arbeidet de gjorde. Respondentene ble bedt om å sammenligne med en situasjon uten kreftkoordinator.

I gjennomsnitt svarte respondentene (N=48) at 36 prosent (median = 35 %) av pasientene de var i kontakt med i 2016 klarte seg hjemme uten eller med mindre hjemmetjenester enn hva som hadde vært tilfellet uten kreftkoordinator.

Videre ble respondentene (N=29) spurt om å anslå hvor mange færre timer hjemmetjenester per uke disse pasientene hadde som følge av arbeidet til kreftkoordinator. Svarene varierte fra 0 til 8 timer, med gjennomsnitt på 3 timer (median = 2,0) i uken.[10]

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand for alle aldre i 2015 var 8,9 timer i uken. Eldre pasienter hadde langt færre timer hjemmetjeneste enn yngre (Figur 7-7). Ettersom kreftpasienter ofte er eldre mennesker er det grunn til å tro at de mottar hjemmetjenester med tilsvarende omfang som de over 67 år.

Figur 7-7: Gjennomsnittlig antall timer i uken med hjemmesykepleie og praktisk bistand, 2015



Datakilde: Statistisk sentralbyrå (Tabell: 09933)

Personer over 67 år hadde i gjennomsnitt mellom fire og seks timer hjemmetjenester i uken i 2015. Det er vår vurdering at det er optimistisk at kreftkoordinators arbeid alene halverer dette timeforbruket slik respondentene i undersøkelsen oppgir. Svarene fra kreftkoordinator må tolkes med varsomhet og vi har utarbeidet anslag som er betydelig lavere enn hva som er oppgitt i undersøkelsen. Fra intervjuene med andre representanter fra kommunen (hjemmetjenesten, bestiller-/søknadskontor og ledere for kommunal helse- og omsorg) opplever vi imidlertid at det er grunn til å tro at kreftkoordinators arbeid medfører lavere forbruk av hjemmetjenester som følge av støtten, tryggheten og/eller tjenester kreftkoordinator utløser.

Virke, KS og NHO har utarbeidet en modell for beregning av enhetskostnader i hjemmetjenesten (Virke mfl. 2013). De finner at kommunenes kostnader per arbeidede time i hjemmetjenesten, inkludert administrasjonskostnader i 2013 var 497 kroner. Dette tilsvarer om lag 550 kroner per time i 2017.

Vi har lagt til grunn følgende i våre anslag for beregning av besparelser som følge av mindre hjemmetjenester:

- Lavt anslag: 1 time mindre hjemmetjeneste per uke for 10 prosent av pasientene kreftkoordinatoren var i kontakt med
- Høyt anslag: 2 timer mindre hjemmetjenester for 20 prosent av pasientene kreftkoordinatoren var i kontakt med

I beregningene legger vi til grunn at pasientene får redusert bruken av hjemmetjenester i en periode på tre måneder. Gitt forutsetningene beskrevet over, og en kostnad per time på 550 kroner, blir besparelsene

[10] Anslagene er basert på få respondenter i et smalt utvalg, og må derfor tolkes med varsomhet.

for kommunene mellom 50 000 og 200 000 kroner (Tabell 7-3).

Tabell 7-3: Anslag på besparelse av mindre hjemmetjenester i første fase, per år per kreftkoordinator

	Lavt anslag	Høyt anslag
Reduksjon i hjemmetjeneste (timer)	90	375
Kostnadsbesparelse for kommunen	**50 000 kr**	**200 000 kr**

7.5.5 Mer hjemmetjenester og utsatt sykehjemsopphold

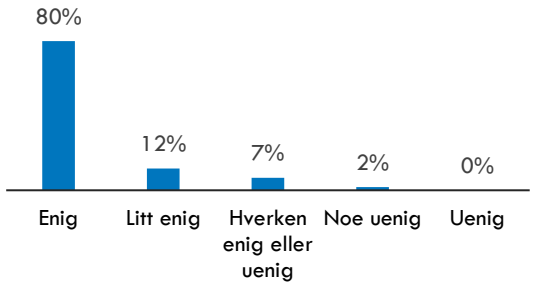
Kreftkoordinator kan bidra til at hjemmetjenestene gis på et riktig nivå og tilpasses over tid med sykdommens utvikling, og at pasienter bor lengre hjemme før de legges inn på sykehjem/hospice. Både kreftkoordinator og representanter fra sykehjem og hjemmetjenesten rapporterer at arbeidet til kreftkoordinator er viktig for å utsette sykehjemsopphold. Kreftkoordinator bidrar således til økt bruk av hjemmetjenester (lengre ut i tid), men redusert bruk av sykehjemstjenester.

I undersøkelsen blant kreftkoordinatorer ble de stilt ovenfor følgende påstand:

> *Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at pasienter bor lengre hjemme (eventuelt med hjemmetjenester) før de legges inn på sykehjem eller får andre tjenester utenfor hjemmet.*

Av respondentene svarte 92 prosent at de var enige eller litt enige i påstanden (Figur 7-8).

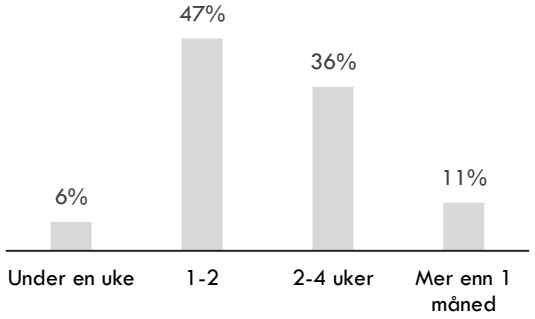
Figur 7-8: Påstand: Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at pasienter bor lengre hjemme (eventuelt med hjemmetjenester) før de legges inn på sykehjem eller får andre tjenester utenfor hjemmet



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Videre ble kreftkoordinatorene utfordret til å gi anslag for hvor mange av pasientene de var i kontakt med i 2016 som fikk utsatt sitt opphold på sykehjem som følge av arbeidet de gjorde. I gjennomsnitt svarte respondentene at dette var tilfellet for 30 prosent (median = 20 %) av pasientene de var i kontakt med året før (N=41). Videre ble respondentene spurt om hvor mange uker de ville anslå at kreftkoordinatoren bidro til at innleggelsen ble utsatt. Resultatene er presentert i Figur 7-9.

Figur 7-9: Respondentenes anslag på hvor lenge sykehjemsoppholdene i gjennomsnitt ble utsatt

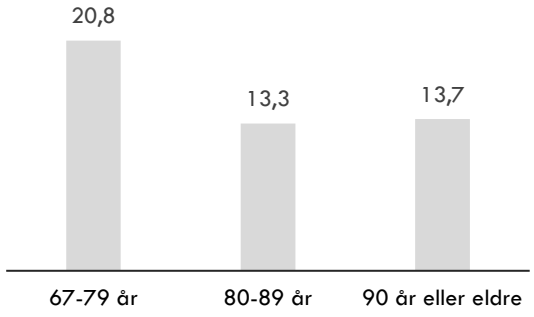


Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=47)

De fleste respondentene svarte at et eventuelt sykehjemsopphold ble utsatt med mellom 1 og 4 uker. Det er grunn til å tro at en utsettelse av sykehjemsopphold også medfører økt bruk av hjemmetjenester. Omfanget av hjemmetjenester øker også trolig når pasienten nærmer seg livets slutt.

Yngre pasienter får ofte mer hjemmetjenester enn eldre. Statistisk sentralbyrå har data på gjennomsnittlig bistand per uke avhengig av bistandsbehov. For gruppen som har omfattende bistandsbehov varierte gjennomsnittlig antall timer per uke fra 66,1 timer for aldersgruppen 18-49 år til 13,3 timer for de mellom 80 og 89 år (Figur 7-10). Ettersom de fleste kreftpasienter er eldre er det naturlig å legge til grunn at de får noe mindre hjemmetjenester, selv om de har omfattende bistandsbehov.

Figur 7-10: Gjennomsnittlig antall timer i uken med hjemmesykepleie og praktisk bistand for pasienter med omfattende bistandsbehov, 2015



Datakilde: Statistisk sentralbyrå (Tabell: 09933)

Anslaget kreftkoordinatorene gir på hvor antall uker deres arbeid utsetter sykehjemsoppholdet er usikkert. Vi har derfor utarbeidet følgende scenarioer:

- Lavt anslag: En uke utsatt sykehjemsopphold erstattes med 20 timer hjemmetjenester for 10 prosent av pasientene kreftkoordinator er i kontakt med
- Høyt anslag: Tre uker utsatt sykehjemsopphold erstattes med 15 timer hjemmetjenester for 10 prosent av pasientene kreftkoordinator er i kontakt med

Vi legger til grunn døgnprisen for sykehjemsplass (2 730 kroner) og timeprisen for hjemmetjenesten (550 kroner) som beregnet av Virke, KS og NHO (Virke mfl. 2013). Anslagene for besparelsene som følge av at kreftkoordinator utsetter sykehjems-innleggelser er da beregnet til mellom 65 000 og 250 000 kroner.

Tabell 7-4: Anslag for besparelse av utsatt sykehjemsopphold, per år per kreftkoordinator

	Lavt anslag (kroner)	Høyt anslag (kroner)
Reduserte sykehjemsopphold	150 000	450 000
Økt bruk av hjemmetjenester	85 000	200 000
Kostnadsbesparelse for kommunen	**65 000 kr**	**250 000 kr**

7.5.6 Økt mulighet for død i hjemmet

Død i hjemmet oppleves av mange pasienter og pårørende som en god avslutning på livet. Særlig i mindre kommuner er det krevende å åpne for muligheten til at pasienter som ønsker det kan dø i hjemmet på grunn av mangel på kvalifisert helsepersonell.

Normalt koster hjemmesykepleie mindre enn opphold ved sykehjem som igjen koster mindre i spesialisthelsetjenesten.

I mange tilfeller vil død i hjemmet kunne medføre økonomiske besparelser. Hvis oppfølgingen krever mange timer med hjelp per uke, kan det derimot være dyrere enn opphold ved sykehjem. Mange pårørende er også usikre på om de har kapasitet til å følge opp pasienten i den siste perioden.

Kreftkoordinatoren informerer om fordeler og ulemper ved alternativene og gir trygghet for at pasienter og pårørende får støtte underveis.

Hvor viktig kreftkoordinatoren er for å tilrettelegge for død i hjemmet avhenger av hvor «flink» kommunen er på å tilrettelegge for dette.

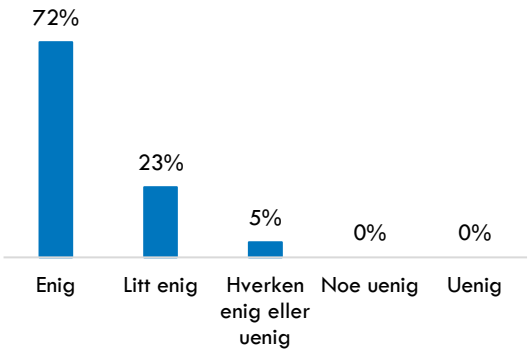
Flere kreftkoordinatorer mener at deres respektive kommuner i mindre grad har gode rutiner og evner å tilrettelegge for død i hjemmet for de pasientene som ønsker det. Andre kreftkoordinatorer har vært pådrivere for å legge til rette for at man får til død i hjemmet der hvor pasienten og pårørende ønsker det. En kreftkoordinator har i samarbeid med palliativt team på sykehuset utarbeidet felles palliative planer ved hjemmebesøk eller når pasienten er inneliggende på sykehus, som forhindrer unødvendige innleggelser i livets sluttfase. Den lindrende behandlingen er da allerede planlagt, og kan iverksettes i kommunen i samarbeid med fastleger og/eller sykehjemslege.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til følgende påstand:

> *Din rolle som kreftkoordinator er viktig for å legge til rette for at pasienten får dø i hjemmet dersom pasienten og pårørende ønsker det.*

Av respondentene svarte 95 prosent at de var enige eller litt enige i denne påstanden (Figur 7-11).

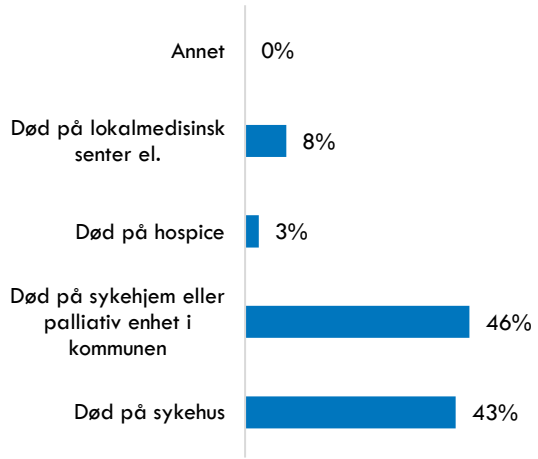
Figur 7-11: Påstand: Din rolle som kreftkoordinator er viktig for å legge til rette for at pasienten får dø i hjemmet dersom pasienten og pårørende ønsker det



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Kreftkoordinatorene svarer videre at de var med på å tilrettelegge for at i gjennomsnitt 5,2 (median = 5) pasienter fikk muligheten til å dø i hjemmet i 2016. Når respondentene så fikk spørsmål om hvor mange av disse som *ikke* hadde fått denne muligheten uten hjelpen fra kreftkoordinator, er svarene svært sprikende. Mange svarer at ingen ville vært gjennomført, mens flere svarer at de trolig hadde vært gjennomført uavhengig av kreftkoordinator. Det trekkes også frem at kommunen er avhengig av god ressurssykepleierdekning i hjemmetjenesten om de skal tilby trygghet og pleie ved død i hjemmet, og at kreftkoordinator gjør død i hjemmet tryggere for pasienter og pårørende. I gjennomsnitt svarer respondentene at 42 prosent (median = 46 %) av tilfellene av død i hjemmet ikke hadde vært mulig uten kreftkoordinator (N=48).

Figur 7-12: For pasienter der kreftkoordinator tilrettela for hjemmedød, hvor ville pasientene alternativt dødd?



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Alternativet til at pasientene dør hjemme kan for eksempel være død i hospice, sykehjem, sykehus eller lokalmedisinsk senter. Kreftkoordinatorene ble spurt hvor pasientene som døde hjemme, alternativt ville avsluttet livet dersom det ikke hadde vært hjemme (Figur 7-12). Av svarene fremgår det et det mest sannsynlige utfallet ville vært død på sykehjem/palliativ enhet i kommunen eller på sykehus.

Kostnadene knyttet til de ulike dødsstedene vil variere. For kommunen er det for eksempel langt billigere om pasientene dør på sykehuset, da dette betales av staten. Dette medfører imidlertid en kostnad for samfunnet som helhet (se kapittel 8).

Tilrettelegging for død i hjemmet medfører også kostnader for kommunen. For at hjemmedød skal gjennomføres er det behov for å involvere blant annet hjemmetjenesten og lege i større grad enn om dødsfallet skjer på institusjon.

For å kartlegge merkostnadene til kommunen ved hjemmedød ble kreftkoordinatorene stilt ovenfor følgende påstand:

> *Kan du gi et anslag på hvor mange timer de kommunale tjenestene har brukt for å muliggjøre hjemmedød for disse pasientene (gjennomsnitt for de aktuelle pasientene)?*

Oppgitt merforbruk knyttet til død i hjemmet varierer betydelig mellom respondentene. Det oppgis alt fra 5 til 50 timer. I gjennomsnitt svarer respondentene at den kommunale helsetjenesten bruker 19 timer mer på å tilrettelegge for hjemmedød (N=16).

Ved beregning av effekten for kommunens ressursbruk ved hjemmedød legger vi til grunn at halvparten av pasientene som dør hjemme ville dødd på sykehus, mens resten ville dødd på sykehjem. For de som dør på sykehus er kostnaden for kommunen svært begrenset, ettersom det dekkes av staten, mens død på sykehjem er anslått til å koste kommunen mellom 20 000 og 55 000 kroner (vi forutsetter 1-3 uker på institusjon og en døgnpris på 2 730 kroner).

- Lavt anslag: Merforbruk knyttet til hjemmedød på 40 timer og unngått sykehjemsopphold i en uke for halvparten av pasientene
- Høyt anslag: Merforbruk knyttet til hjemmedød på 25 timer og unngått sykehjemsopphold i tre uker for halvparten av pasientene

Timekostnaden for ressursene som involveres for å muliggjøre død i hjemmet er trolig noe høyere enn de gjennomsnittlige timekostnadene i hjemmetjenesten.

Dette skyldes blant annet at en lege må involveres. Vi har derfor anslagsvis lagt til grunn en timekostnad på 700 kroner. Videre er det lagt til grunn at kreftkoordinatoren medfører 5 flere tilfeller av død i hjemmet sammenlignet med en situasjon uten kreftkoordinator.

Tabell 7-5: Anslag på besparelse som følge av død i hjemmet, per år per kreftkoordinator

	Lavt anslag (kroner)	Høyt anslag (kroner)
Kostnader alternativt dødssted	50 000	140 000
Merkostnader knyttet til hjemmedød	140 000	90 000
Kostnadsbesparelse for kommunen	**-90 000 kr**	**50 000 kr**

Av estimatene over fremgår det at det er usikkert om kommunen har økonomiske besparelser knyttet til økt mulighet til å dø i hjemmet. Dette skyldes at det billigste for kommunen er at pasientene dør på sykehus. Vi har lagt til grunn at alternativet til død i hjemmet er at 50 prosent av pasientene dør på sykehuset, og derfor ikke medfører noen kostnad for kommunen. For samfunnet er det imidlertid dyrere hvis pasienten dør på sykehus.

7.6 Likhet i tjenestetilgang

Likhet i tjenestetilbudet innebærer at alle pasienter får samme tilgang og muligheter til de tjenester som eksisterer i kommunen. Kreftkoordinators oppgave er blant annet å sørge for at kreftpasienter og deres pårørende får tilgang til tjenestene de har krav på. Jo bedre kjent kreftkoordinatorrollen blir i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, desto færre kreftpasienter vil havne utenfor. Enkelte kreftkoordinatorer gir tilbakemeldinger om at de jobber spesielt med å fange opp de svakere gruppene i samfunnet som har et større behov for bistand fra kreftkoordinator enn de som er mer ressurssterke med større nettverk. Ulikheten oppleves som økende og de møter stadig individer som faller utenfor «normalsamfunnet».

Enkelte kommuneledere og kommuneleger har imidlertid gitt uttrykk for at det at kreftkoordinatorordningen er diagnosespesifikk i prinsippet strider mot kommunens fokus på lik helsehjelp for alle pasientgrupper. Dette kan gjøre at kreftrammede opplever økt likhet i tjenestetilgang, men at skjer på bekostning av andre pasientgrupper. Samtidig opplever kommunene at det er bra om kreftkoordinatorordningen kan fungere som et eksempel til etterfølgelse for flere pasientgrupper. Vi har ikke vurdert de samfunnsmessige kostandene ved å innføre tilsvarende ordninger for andre pasientgrupper.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Likhet i tjenestetilgang er av «middels betydning» for kommunen og at virkningen av kreftkoordinator både kan være «positiv» og «negativ». Samlet vurderer vi virkningen av kreftkoordinator for kommunen med tanke på å bidra til likhet i tjenestetilgang som relativt liten.

7.7 Mer effektiv koordinering

Effektiv koordinering og riktigere behovsvurderinger kan bidra til mer effektiv ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tilbakemeldinger fra helsearbeiderne i kommunene er at kreftkoordinator bidrar til raske og bedre vurderinger og at «riktige» tjenester blir gitt pasientene. Kreftkoordinator har ofte trygghet til å begrense omfanget av kommunale tjenester. De motiverer pasienter og pårørende til i større grad å være selvhjulpne.

Kreftkoordinators kjennskap og tilgang til kommunale tjenester kan også bidra til et høyere ressursforbruk. Dette gjenspeiles i et utsagn fra en leder i en kommunal helsetjeneste vi har snakket med:

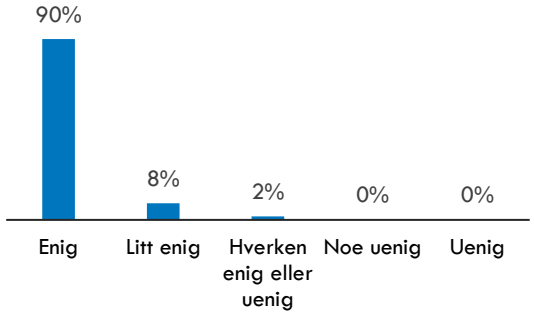
> *«Besparelsen for kommunen ligger i om man greier å få riktig nivå på tjeneste og riktig tilbud til riktig tid – å optimalisere tilbudet til denne gruppen. Ser effektiviserings-potensialet, men også potensialet for et merforbruk av tjenester.»*
>
> *- Leder kommunal helsetjeneste*

I spørreundersøkelsen ble kreftkoordinatorene presentert for følgende påstand:

> *Kreftkoordinator bidrar til at det gjøres helhetlige vurderinger slik at det kan settes inn riktig tjeneste til riktig tid.*

Av respondentene svarte 98 prosent at de var enige eller litt enige i denne påstanden (Figur 7-13).

Figur 7-13: Påstand: Kreftkoordinator bidrar til at det gjøres helhetlige vurderinger slik at det kan settes inn riktig tjeneste til riktig tid



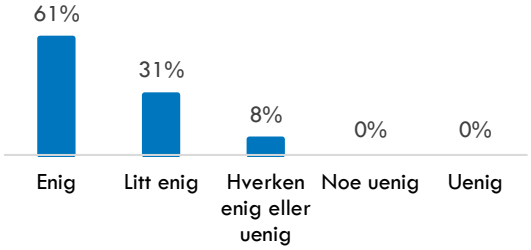
Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

I spørreundersøkelsen ble kreftkoordinatorene presentert for følgende påstand:

> *Kreftkoordinator utfører koordineringsarbeidet mer effektivt enn annet helsepersonell og kommuneansatte.*

92 prosent av respondentene svarte at de var enige eller litt enige i denne påstanden (Figur 7-15).

Figur 7-14: Påstand: Kreftkoordinator utfører koordineringsarbeidet mer effektivt enn annet helsepersonell og kommuneansatte

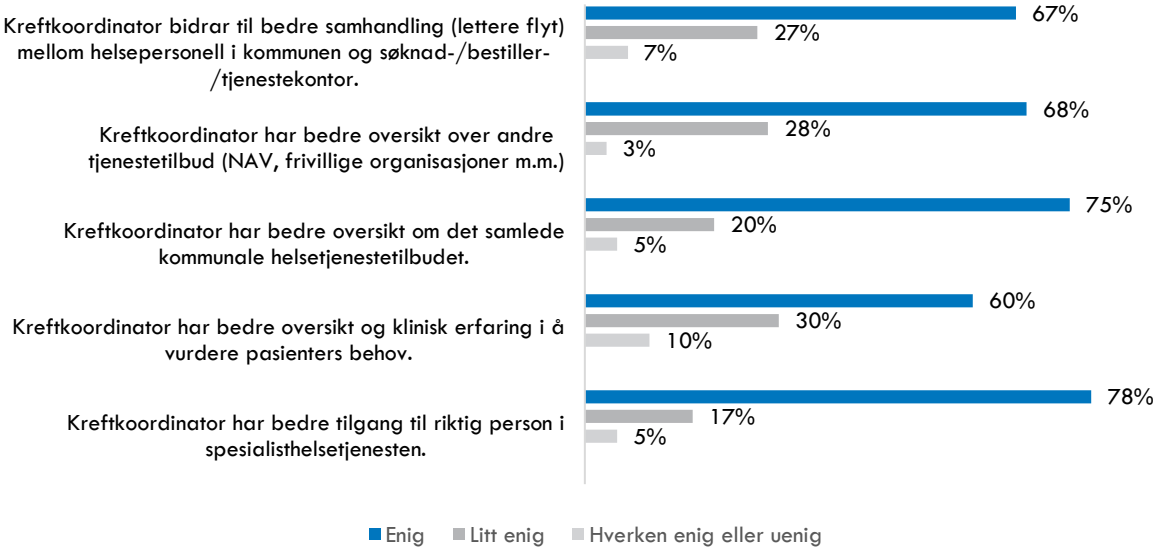


Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Kreftkoordinatorene ble deretter presentert for, og bedt om å ta stilling til, flere påstander om hvorfor kreftkoordinator utfører koordineringsarbeidet mer effektivt. Ingen av respondentene var uenige i noen av påstandene.

94 prosent av respondentene er enig eller litt enig i at kreftkoordinator utfører oppgaver som krever koordinering mer effektivt fordi de er et bindeledd mellom helsepersonell i kommunen og kommunens tjenestekontor eller lignende enhet (Figur 7-15). Det kom i intervjuene med representanter fra hjemmetjenesten frem at de opplevde at kreftkoordinators kontaktflate inn mot tjenestekontoret gjorde at de gjennom henne fikk lettere flyt i informasjon og dermed fikk bedre samordning mellom tjenestene.

Figur 7-15: Påstander om hvorfor kreftkoordinator koordinerer med effektivt en helsepersonell og andre kommuneansatte



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Kreftkoordinator skal ha oversikt over de tilbudene og tjenestene som eksisterer for kreftsyke. Helsepersonell og andre kommuneansatte har ikke nødvendigvis det samme overblikket, og vil derfor kunne bruke mer tid

på å finne frem til riktig tjeneste sammenlignet med kreftkoordinator. 96 prosent av respondentene var enig eller litt enig i at kreftkoordinators oversikt over andre tjenestetilbud er en grunn til at kreftkoordinator utfører koordineringsoppgaver med effektivt enn helsepersonell og andre kommuneansatte.

Kreftkoordinators kliniske erfaring med kreftpasienter gjør at de er i stand til å vurdere pasientens behov, og dermed kunne sette inn riktig tjeneste til riktig tid. Blant respondentene er 95 enig eller litt enig i at dette bidrar til at de utfører koordineringsarbeidet mer effektivt.

Til sist mener respondentene at det at de har bedre tilgang til riktig person i spesialisthelsetjenesten bidrar til at de kan gjøre koordineringsarbeid for pasientene mer effektivt enn helsepersonell og andre kommune-ansatte. 95 prosent av respondentene er enig eller litt enig i en slik påstand.

En kreftkoordinator påpeker også at kreftkoordinatorenes mangfold i arbeidsmetodikk og evne til selvstendig arbeid gjør at kreftkoordinator arbeider effektivt.

Vi antar at den andelen av arbeidstiden som kreftkoordinator bruker på arbeid på systemnivå og koordineringsoppgaver er den arbeidstiden hvor slike oppgaver potensielt kan gjøres mer effektivt av en kreftkoordinator.

I gjennomsnitt svarte respondentene at 24 prosent (median = 20 %) av arbeidstiden deres medgår til pasient- og pårørenderettet kontakt med fokus på koordineringsoppgaver og 17 prosent (median = 11 %) til systemnivå- og administrative oppgaver, jfr. Tabell 4-2. Dette tilsvarer til sammen omtrent 15 arbeidstimer per uke.

Dersom vi antar at disse koordineringsoppgavene uansett ville vært gjennomført av helsepersonell eller andre kommuneansatte, og at disse har samme timelønn som kreftkoordinator, kan vi gjøre enkle estimater på kostnadsbesparelsene for kommunen ved at kreftkoordinator utfører koordineringsoppgaver mer effektivt. Vi legger til grunn en timelønnskostnad på 275 kroner.

Dersom vi antar at kreftkoordinator utfører koordineringsoppgaver for kreftsyke hhv. 10 og 30 prosent mer effektivt enn annet helsepersonell og kommuneansatte, utgjør besparelsen for kommunen hhv. 20 000 og 45 000 kroner per år per kreftkoordinator.

Tabell 7-6: Anslag på kostnadsbesparelse for kommunen knyttet til effektiv koordinering, per år per kreftkoordinator

	Lavt anslag	Høyt anslag
Effektivitetspotensiale	10 %	30 %
Kostnadsbesparelse for kommunen	**20 000 kr**	**45 00 kr**

7.8 Avlaster kommunale tjenester

Av Kreftforeningens beskrivelse av stillingen fremgår det at kreftkoordinator skal bidra til noe kvalitativt nytt i kommunen, og ikke være en videreføring av eksisterende stillinger/funksjoner.

Det er likevel mange som oppgir at de avlaster andre. Kreftkoordinator kan frigjøre annen arbeidskraft som ellers ville gjennomført oppgavene, enten ved at de kan redusere bemanningen eller ved at kreftkoordinator kommer i stedet for å øke antall årsverk på andre områder. Det er annen sykepleierarbeidskraft og i noen grad helsefag-arbeideres og fastlegenes arbeidskraft som frigjøres. Vårt anslag er at 15-50 % av kreftkoordinatorenes oppgaver i praksis gjøres av annet personell i kommuner som ikke har en slik ordning. Dette vil kunne gi kostnadsbesparelser på mellom 100 000 og 300 000 kroner årlig. Dette avhenger av i hvilken grad oppgaver kreftkoordinatoren gjør allerede blir ivaretatt av annet personell i kommunen.

Flere kreftkoordinatorer har gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen beskrevet hvordan de kan avlaste hjemmetjenesten ved å gjøre enkelte av hjemmetjenestens oppgaver når de uansett er på hjemmebesøk hos pasienten for samtale, og dermed sparer hjemmetjenesten for besøk. Dette kan for eksempel innebære å gi pasienten Klexane sprøyte (injeksjon mot blodpropp).

Det at kreftkoordinator allerede er hjemme hos pasienten gjør dem egnet til å gjøre dette arbeidet effektivt. Avlastning av hjemmetjenesten innebærer økonomiske besparelser for kommunen. En forutsetning for at denne besparelsen skal være mulig å realisere er at kreftkoordinator og hjemmetjenesten samarbeider og at hjemmetjenesten er innforstått med at kreftkoordinator utfører enkelte av deres oppgaver.

Kreftkoordinator kan også avlaste andre kommunale tjenester. Kreftkoordinatorene får av og til henvendelser fra pasientens fastlege som mener det er hensiktsmessig å tilby støttesamtaler, men hvor det ikke nødvendigvis er behov for psykolog eller psykiater. Dette kan være for pasienter som har

behov for angstlindring, samt å snakke med noen om sin kreftsykdom. Når kreftkoordinator gjennomfører slike støttesamtaler, avlaster de distriktspsykiatrisk senter og fastlegene.

> *«Støttesamtaler med pasienter og pårørende gir mindre psykiske vansker som angst og depresjon og forebygger i enkelte tilfeller behov for tjenester innen psykisk helse.»*
>
> *- Kreftkoordinator*

7.9 Økt tjenestebruk

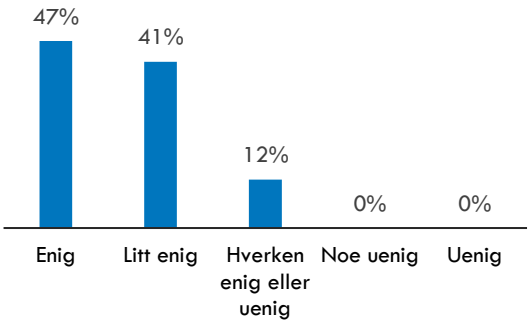
Det å ansette kreftkoordinator kan imidlertid også medføre økt bruk av andre tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En del av arbeidet til kreftkoordinator er å informere pasienter og pårørende om deres rettigheter og tjenestetilbudet i kommunen. Kreftkoordinator kan koble på andre tjenester som medfører økt ressursbruk i kommunene.

Kreftkoordinatorene ble stilt ovenfor følgende påstand:

> *Kreftkoordinators innsats kan bidra til at noen pasienter får mer eller flere kommunale tjenester*

Kreftkoordinatorene er langt på vei enige i at deres innsats bidrar til at pasientene får et høyere forbruk av kommunale tjenester (Figur 7-16).

Figur 7-16: Påstand: Kreftkoordinators innsats kan bidra til at noen pasienter får mer eller flere kommunale tjenester



Datakilde: Spørreundersøkelse Oslo Economics og Fürst og Høverstad (N=60)

Som presentert i Figur 6-4 rapporterer kreftkoordinatorene at en rekke tjenester kobles på som følge av arbeidet de gjør. Tjenestene som trekkes frem er:

- **Hjelpemidler i hjemmet:** 85 prosent av kreftkoordinatorene oppgir at deres innsats kan bidra til at flere får innvilget eller økt omfang av hjelpemidler i hjemmet. Eksempler er tilrettelegging i hjemmet. Midlertidige hjelpemidler i hjemmet finansieres av kommunene. Mange pasienter får også medisinsk-tekniske hjelpemidler. Respondentene kan ha inkludert disse.
- **Fysio- og ergoterapi:** Om lag 80 prosent av kreftkoordinatorene oppgir at de for enkelte pasienter bidrar til merforbruk av fysio- og ergoterapi. Data fra KOSTRA indikerer at om lag 60 prosent av fysioterapeutene i norske kommuner har driftsavtale, mens 40 prosent får fastlønn fra kommunen. Eventuell merforbruk av tjenester fra avtalefysio- og ergoterapeuter vil delvis finansieres av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). For fysio- og ergoterapeuter med fast lønn vil økt bruk påvirke kommunenes utgifter.
- **Trygghetsalarm:** 60 prosent oppgir at de bidrar til at flere får trygghetsalarm. Trygghetsalarm finansieres av kommunene.
- **Søknad til NAV:** 57 prosent oppgir at de hjelper pasienter som ellers ikke ville søkt stønader hos NAV med søknaden. Sosialhjelp dekkes av kommunene, mens tjenester som sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd finansieres av staten.
- **Helsestasjon/skolehelsetjeneste:** 38 prosent oppgir at de bidrar til økt bruk av helsestasjoner og skolehelsetjenester for enkelte pasienter.
- **Kommunalt dag- og døgntilbud:** 35 prosent oppgir at de har stimulert til høyere bruk av kommunalt dag- og døgntilbud for enkelte pasienter. Dette inkluderer bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester som døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i stedet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Kommunene mottar tilskudd og overføringer fra Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene for å tilby disse tjenestene.
- **Frisklivssentral:** 27 prosent oppgir at de har medvirket til økt bruk av helsefremmende og forebyggende helsetjenester i regi av Frisklivssentralen.
- **Avlastningsplass for pårørende:** 27 prosent oppgir at de bidrar til økt bruk av kommunale avlastningsplasser for pårørende.
- **Skole/barnehage:** 25 prosent oppgir at de bidrar til tettere kontakt med skole og barnehage.
- **Sykehjemsplass:** 17 prosent oppgir at de for enkelte pasienter har bidratt til økt bruk av sykehjemsplasser. Samlet sett bidrar kreftkoordinator til mindre bruk av sykehjemstjenester. Se kapittel 7.5.5.

Det er krevende å anslå omfanget av økt bruk av andre kommunale tjenester. I kommuner med et godt utbredt helse- og omsorgstilbud for kreftrammede er omfanget trolig lite. I kommuner som har et mindre utbygd tilbud, kan ansettelse av kreftkoordinator gi en større merkostnad. Overordnet anslås omfanget til å være mellom 50 000 og 200 000 kroner per år.

Det er også en mulighet for at kreftkoordinator stimulerer til økt bruk av andre tjenester enn de kommunale. Eksempler kan være:

- Psykolog/BUP
- Sykehustjenester
- Rehabiliteringsopphold

Kreftkoordinator kan også bidra til økt brukt av hospiceplasser. Disse kan både være kommunale eller en del av helseforetakenes tilbud. Hvis det er kommunale plasser, er kostnaden trolig på nivå med ordinære sykehjemsplasser. Hvis det er et tilbud i spesialisthelsetjenesten, medfører dette en besparelse for kommunen. Kreftkoordinator kan bidra til merforbruk av andre tjenester og tilbud, som Fransiskushjelpen i Oslo.

7.10 Oppsummering av virkninger for kommunene

Ansettelse av kreftkoordinator medfører en rekke nytte- og kostnadsvirkninger for kommunene. Disse virkningene er diskutert over og vi har forsøkt å prissette disse der det lar seg gjøre. En oppsummering av de prissatte virkningene er presentert i Tabell 7-7. Som det fremgår av tabellen er trolig de største prissatte nyttevirkningene knyttet til mindre hjemmetjenester i første fase og utsatt sykehjemsopphold. Kostnadsvirkningene omfatter i hovedsak lønn og sosiale utgifter, men det er også identifisert et merforbruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Sistnevnte virkning har vært særlig krevende å prissette.

Tabell 7-7: Prissatte virkninger for kommunene, per kreftkoordinator per år, 2017-kroner

Virkning	Lavt anslag	Høyt anslag
Lønn- og sosiale kostnader*	-700 000 kr	-600 000 kr
Reduserte overliggerdøgn	40 000 kr	80 000 kr
Færre korttidsopphold	10 000 kr	90 000 kr
Mindre hjemmetjenester i første fase	50 000 kr	200 000 kr
Utsatt sykehjemsopphold	65 000 kr	250 000 kr
Mer hjemmedød	-90 000 kr	50 000 kr
Mer effektiv koordinering	20 000 kr	45 000 kr
Avlastning av andre tjenester	100 000 kr	300 000 kr
Økt tjenestebruk	-200 000 kr	-50 000 kr

***vi legger til grunn at kommunen fullfinansierer ordningen**

Det synes å være stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sine tjenester, hvilke typer personell som benyttes og hvordan tjenestene er koordinert. Det er også variasjon i hvilken grad kommunene har personell som kan dekke kreftkoordinatorenes oppgaver.

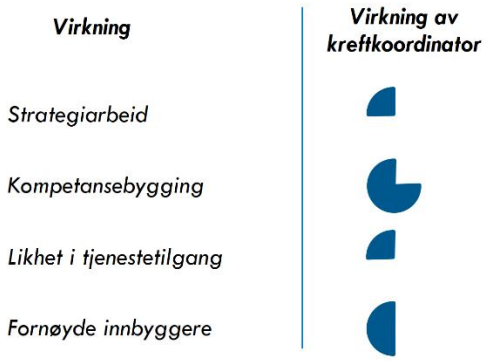
For noen pasienter og pårørende kan god oppfølging medføre at de kommer tidligere tilbake til jobb. Denne virkningen er omtalt i neste kapittel (virkninger for samfunnet). Økt tilknytning til arbeidslivet har også betydning for kommunene. Sysselsatte betaler skatt og deler av dette tilfaller kommunen. I tillegg er kommunene store arbeidsgivere med over en halv million arbeidstakere. Mindre fravær reduserer arbeidsgivers kostnader.

I kommuner som har et stort potensial for bedre oppfølging og koordinering synes kreftkoordinator å ha en viktig rolle i å initiere forbedringstiltak. I kommuner som systematisk har styrket kreftomsorgen er verdien særlig knyttet til en styrking av et bedre tilbud til pasienter og deres pårørende.

Overordnet anslås prissatt virkning å være -200 000 kroner per koordinator per år, med et usikkerhets-intervall fra -500 000 kroner til 200 000 kroner per koordinator per år.

Kreftkoordinatorsatsningen gir i tillegg til virkningene omtalt over en rekke virkninger for kommunen vi ikke har forsøkt å prissette. Disse virkningene er vurdert i henhold til beskrivelsen i kapittel 1.3. Ikke prissatte virkninger for kommunene er oppsummert i oppsummert i Figur 7-17.

Figur 7-17: Oppsummering av ikke-prissatte virkninger for kommunene

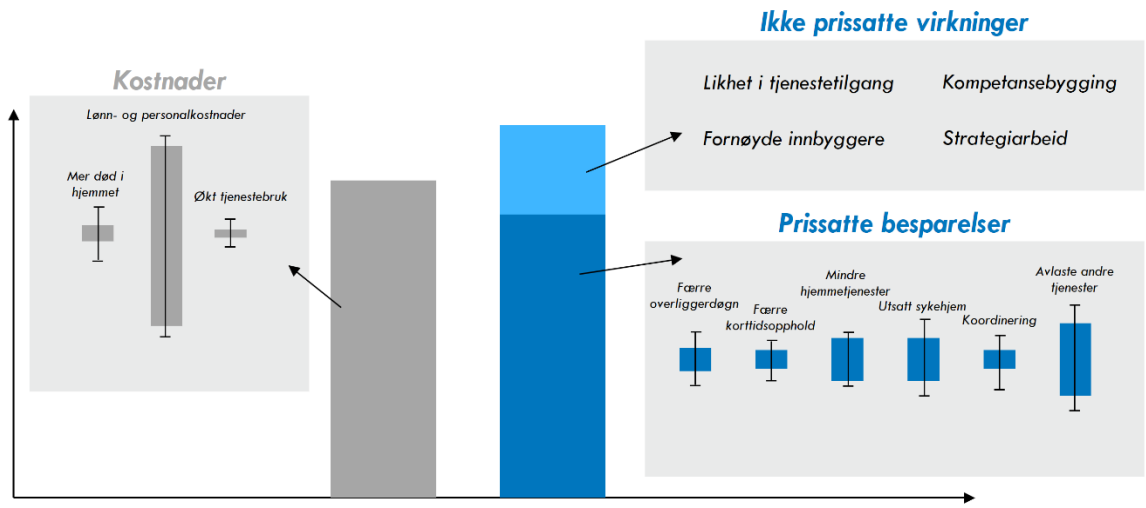


Figurforklaring: Virkningene er vurdert etter hvilken betydning de har for kommunene og påvirkning kreftkoordinator har på den aktuelle virkningen (omfang).

Virkningene «kompetansebygging» og «fornøyde innbyggere» er vurdert til å ha «stor betydning» for kommunene. Kreftkoordinator antas å ha noe større positiv påvirkning på førstnevnte virkning. Kreftkoordinator bidrar som beskrevet også med strategiarbeid innenfor kreftområdet. Sammenlignet med de andre virkningene er dette vurdert til å være av «mindre betydning» for kommunene, samtidig som kreftkoordinators påvirkning er «litt positiv». Å sikre likhet i tjenestetilgangen er vurdert til å ha «middels betydning» og «litt positiv» påvirkning.

Etter vår vurdering tilsier summen av prissatte og ikke-prissatte virkninger at kreftkoordinatorordningen vurderes å være en hensiktsmessig ordning. Anslagene er usikre, men budsjettvirkningene vil trolig ikke innebære en netto besparelse for kommunene. Netto utbetaling for kommunene vil antageligvis være svært begrenset. Samtidig tar man i stor grad ut «effekten» av kreftkoordinator gjennom en rekke positive kvalitative effekter. Disse er vanskelig å prissette.

Figur 7-18: Sammenstilte virkninger for kommunene av å ha kreftkoordinator



Kilde: Beregninger Oslo Economics og Fürst og Høverstad. Merknad: I illustrasjonen har vi lagt til grunn gjennomsnittet av høyt og lavt anslag. Det er knyttet usikkerhet til anslagene (illustrert i figuren).

8. Virkninger for samfunnet

Virkningene av å ha tilgang på en kreft-koordinator for pasienter og pårørende og for kommunen vil også gjenspeiles i virkninger for samfunnet av at flere har tilgang på et slikt tilbud. I tillegg er det flere potensielle virkninger av kreftkoordinatorordningen for samfunnet utover de direkte virkningene for pasient, pårørende og kommunen som vi vil diskutere nærmere her.

Vi har ikke gjort noe forsøk på å prissette virkningene for samfunnet. Potensielle virkninger behandles som ikke-prissatte virkninger og diskuteres kvalitativt.

8.1 Enklere koordinering for spesialisthelsetjenesten

Behandlingsforløpet til en kreftpasient er komplisert om omfatter en rekke ulike tjenestenivåer. Fastlegen er sentral i tidlig fase før behandling i spesialisthelse-tjenesten. I tiden etter behandling på sykehus kobles øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester i stadig større grad inn. De aller fleste kreftkoordinatorene har bakgrunn som kreftsykepleier og har lang erfaring innen ulike helsetjenester, herunder mange med erfaring fra spesialisthelsetjenesten. God kjennskap til de ulike tjenestenivåene og tilbudene er noe som kjennetegner en kreftkoordinator. Dette gjør dem i stand til å effektivt koordinere mellom ulike tjenestenivåer, noe som kan bidra til økt trygghet hos ulike instanser. Fastlegene og sykehuslegene gir tilbakemeldinger på at de opplever det som trygt å ha en kreftkoordinator. Kreftkoordinatorene meddeler at de har inntrykk av at de ansatte i spesialisthelsetjenesten mener prosessen med å overføre pasientene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten går enklere som følge av arbeidet de gjør. Trygghet hos helsepersonell som følge av god koordinering er en positiv effekt for samfunnet.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Enklere koordinering for spesialisthelsetjenesten er vurdert til å være av «middels betydning» for samfunnet. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert til å være «litt positivt».

8.2 Tidligere utskrivelse fra sykehuset

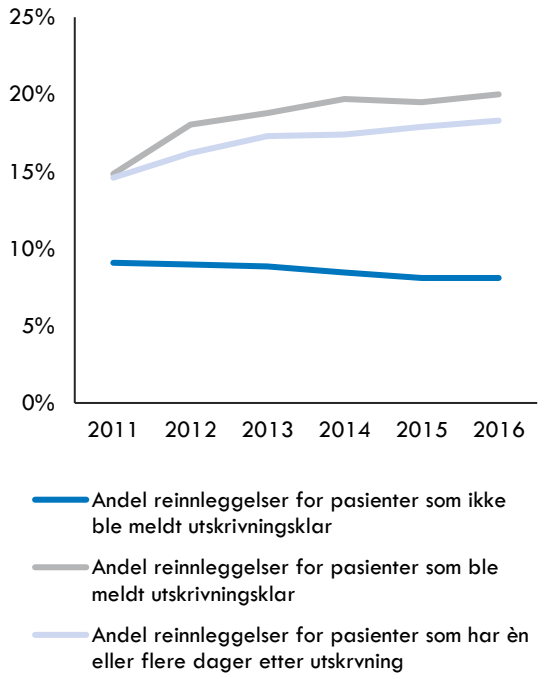
Kreftkoordinator kan gjennom sitt arbeid bidra til at pasientene raskere blir skrevet ut fra sykehuset. Dette fordi sykehusene i større grad føler seg trygge på at kommunen klarer å legge til rette for pasienten. Tidlig utskrivelse innebærer en gevinst for samfunnet fordi det er langt billigere at pasienten overføres til kommunen enn at den ligger på sykehus.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Tidligere utskrivelse fra sykehus å ha «stor betydning» for samfunnet, da dette potensielt kan innebære store ressursbesparelser. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert til å være «litt positivt».

8.3 Forhindre reinnleggelser på sykehus

Det vil alltid være en viss sannsynlighet for at kreftpasienter blir reinnlagt på sykehus etter at de er behandlet for sin kreftsykdom. I 2016 ble om lag 20 prosent av pasientene som ble meldt utskrivningsklare fra norske sykehus reinnlagt (Figur 8-1).

Figur 8-1: Andel reinnleggelser norske helseforetak, 2011-2016



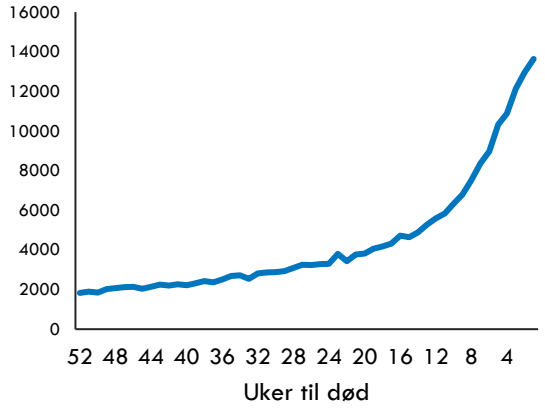
Datakilde: SAMDATA

Ved at kreftkoordinator identifiserer pasientenes behov i en tidlig fase, og kobler på riktige tjenester, kan de potensielt hindre at pasientene blir reinnlagt på sykehus etter utskrivelse. Dersom kreftkoordinator klarer å forhindre reinnleggelser vil ressursbruken i spesialisthelsetjenesten reduseres.

8.4 Muliggjør død utenfor sykehus

Dersom kreftkoordinator gjennom sitt arbeid klarer å bidra til at flere pasienter som ønsker det får mulighet til å dø i hjemmet sitt eller i en kommunal institusjon, kan det utløse gevinster for samfunnet. Død i hjemmet er billigere for samfunnet enn død på sykehjem, mens kostnadene er høyest ved død på sykehus. Med utgangspunkt i data fra Norsk Pasientregister har Oslo Economics beregnet kostnadene i somatiske sykehus for pasienters siste leveår. En betydelig andel av kostnadene oppstår de siste ukene av pasientens liv (Figur 8-2).

Figur 8-2: Kostnader (DRG-baserte) kreftbehandling siste leveår for pasienter med registret dødsfall i perioden 2012-2014, løpende priser (NOK) per pasient per uke. Tallene er justert for hvor lenge pasienten var i kontakt med spesialisthelsetjenesten for kreft før død.



Kilde: Oslo Economics (2016)

Den siste leveuken er gjennomsnittlig DRG-baserte kostnad for kreftpasientene 13 600 kroner. Den DRG-baserte kostnaden utgjør kun en andel av samfunnets totale kostnader ved behandling på somatiske sykehus. Samfunnskostnaden for behandling av kreftpasienter siste leveuke er derfor trolig i overkant av 20 000 kroner per pasient.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Muligheten for å dø i hjemmet dersom pasienter og pårørende har et ønske om det er vurdert til å være av «middels betydning» for samfunnet, gjennom at det kan gi færre tilfeller av død på sykehus. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert til å være «litt positivt».

8.5 Forebygging

En del av arbeidet som kreftkoordinator innebærer forebyggende arbeid. I ulikt omfang jobber kreftkoordinatorene med forebygging lokalt i kommunene. Enkelte av de vi har snakket med rapporterer at de stadig reiser på skolebesøk for å snakke om kreft, jobber med informasjonskampanjer og formidler kunnskap om kreft i kommunen.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Forebygging å ha «stor betydning» for samfunnet, da dette potensielt kan innebære store ressursbesparelser. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert til å være «litt positivt».

8.6 Økt tilknytning til arbeidslivet

Mange kreftpasienter har behov for ulike rehabiliteringstjenester etter å ha blitt behandlet for kreft. Kreftkoordinator kan spille en viktig rolle i arbeidet med å motivere pasienten til å drive rehabiliterende aktivitet. Kontakt og støttesamtaler med kurative brukere, med anbefaling om rehabilitering og friskliv, kan øke sjanser for at pasienten raskere kommer tilbake til arbeid eller hverdagsliv. Enkelte kreftkoordinatorer er også svært aktive i rehabiliteringsarbeidet, og har vært pådriver og igangsetter av mestringskurs etter kreftbehandling tilknyttet Frisklivssentral.

Dersom kreftkoordinator klarer å motivere pasientene til slik aktivitet, kan de bidra til at flere som er helbredet av kreft eller lever med kronisk kreft kommer tilbake i jobb. Dette vil i så fall gi produksjonsgevinster for samfunnet.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Rehabilitering å ha «middels betydning» for samfunnet, da dette potensielt kan innebære store ressursbesparelser. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert til å være «litt positivt».

8.7 Læring for andre diagnosegrupper

Implementeringen av kreftkoordinatorordningen i kommunene kan gi erfaringer og læring som kan bidra til at kommunen oppdager et liknende behov hos andre diagnosegrupper. Dette kan for eksempel gjelde demente eller pasienter som lever med hjerte- og karsykdom. Flere kommuner har i dag demenskoordinator.

Vurdert som en ikke-prissatt virkning vurderes Læring for andre diagnosetyper å ha «middels betydning» for samfunnet. Påvirkningen av kreftkoordinators arbeid er vurdert til å være «middels positivt».

8.8 Økte utbetalinger fra NAV og HELFO

Fordi kreftkoordinator både bistår og informerer om stønader fra NAV og hjelpemiddelsentraler er det

grunn til å tro at stillingen medfører økte utbetalinger for disse instansene. Denne virkningen er å anse som en fordelingsvirkning.

8.9 Oppsummering av virkninger for samfunnet

De viktigste virkningene for samfunnet av kreftkoordinatorsatsningen er diskutert under virkninger for pasienter, pårørende og kommunene.

Av virkninger som ikke fanges opp i overnevnte grupper er det særlig forebygging og rehabilitering som er av stor betydning for samfunnet. Forebyggende arbeid kan ha store gevinster ved at man kan unngå eller utsette sykdom, mens rehabilitering bidrar til at flere kan komme tilbake til vanlig hverdagsliv og arbeid. Det er imidlertid svært usikkert i hvilken grad kreftkoordinator påvirker disse forhold.

Videre vil kreftkoordinator i stor grad bidra til bedre koordinering mellom ulike tjenestenivå, samtidig som de til en viss grad bidrar til tidligere utskrivelse og mindre sykehusdød.

Virkninger for samfunnet utover virkninger for pasienter, pårørende og kommunene er behandlet som ikke-prissatte virkninger og vurdert i henhold til metodebeskrivelse i kapittel 1.3. En oppsummering av virkningene er illustrert i Figur 8-3.

Figur 8-3: Oppsummering av ikke-prissatte virkninger for samfunnet

Virkning	*Virkning av kreftkoordinator*
Enklere koordinering for spesialisthelsetjenesten	
Tidligere utskrivelse fra sykehus	
Muliggjør død utenfor sykehus	
Bedre forebygging	
Rehabilitering	
Læring for andre diagnosetyper	

Figurforklaring: Virkningene er vurdert basert på hvilken betydning de har for samfunnet og hvilken påvirkning kreftkoordinator har på den aktuelle virkningen.

9. Samlet vurdering og innspill til videreutvikling av ordningen

Samlet vurderes kreftkoordinatorordningen å være til stor nytte for pasienter og deres pårørende. Dette bekreftes i tilbakemeldingen fra pasienter og pårørende, fra kommuner som har prøvd ut ordningen, fra kreft-koordinatorene selv og fra annet helsepersonell.

Fornøyde innbyggere, effektiv koordinering, optimalisering av pasientforløp og avlastning av andre kommunale tjenester gjør at kommunene opprettholder kreftkoordinator-ordningen selv om de identifiserte økonomiske innsparingene for kommunen ikke forventes å overstige kostnadene.

Kommunene som har kreftkoordinator oppfatter Kreftforeningens satsing som positiv og ønsker å videreføre ordning gitt at de har rom i budsjettet.

9.1 Kreftkoordinator – samlet vurdering

Kreftkoordinators arbeid er av særlig betydning for pasienter og pårørende, gjennom å bygge opp om trygghet og mestring og å bidra til et godt tilbud gjennom pasientforløpet.

Kreftkoordinator øker kvaliteten i tilbudet til kreftrammede, og sikrer at kreftrammede får tilgang til et likeverdig tjenestetilbud. Riktig tjenestetilbud, praktisk bistand og mulighet til å dø hjemme fremfor i institusjon er andre positive virkninger som kan følge av å ansette en kreftkoordinator.

Kommunene kan oppnå økonomiske besparelser ved å tilsette en kreftkoordinator. Samtidig medfører ordningen økte personalkostnader for kommunene som synes å overstige innsparingene. Kommunene som har prøvd ut ordningen opplever allikevel at de positive virkninger for kommunens kreftomsorg som vi ikke har prissatt, som økt trygghet og mestring blant kreftrammede, økt profesjonalisering og bedre koordinering som så verdifull at de i stor grad vil videreføre ordningen over eget budsjett.

Enkelte kommuner opplever ikke at de har økonomisk handlingsrom til å videreføre ordningen. For noen kan dette være knyttet til at de ikke synes ordningen har fungert tilfredsstillende. For andre skyldes det behov for økonomiske innsparinger.

De synes ikke å ha en forventning om at Kreftforeningen skal opprettholde støtten permanent, selv om de selv ikke har budsjettmidler til hel eller delt stilling.

Det er metodiske utfordringer knyttet til vurderingen av de økonomiske virkningene av kreftkoordinatorordningen. Flere av de virkningene som utløses av å ha kreftkoordinator, både for pasienter, pårørende, kommunen og samfunnet forøvrig, er svært vanskelige å omsette i økonomiske verdier. Vi har derfor søkt å benytte konservative anslag. Videre varierer måten kreftkoordinatorene arbeider på fra kommune til kommune, og koordinatorene endrer sitt fokus over tid for å tilpasse arbeidet til pasientenes og kommunenes behov.

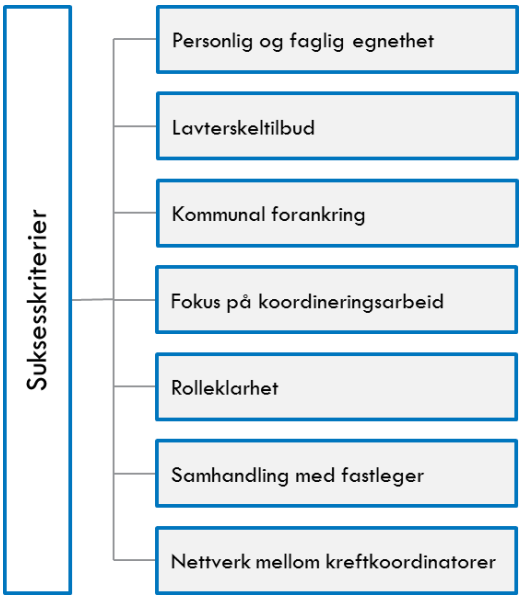
Oppsummert er Kreftkoordinator er et tiltak som svarer til samfunnets behov og pasientenes og pårørendes forventninger. Ansettelse av kreftkoordinator i kommunene er også i samsvar med strategiene for helsetjenesten og kreftomsorgen. Denne evalueringen finner at kreftkoordinatorene ofte jobber der det er behov, og der de mener det mest hensiktsmessig. Dette bidrar igjen til ulik praksis. Økt trygghet, økt kvalitet, helhetlige tjenester og inkludering gir kvalitativt bedre kreftomsorg og fornøyde innbyggere. Fornøyde innbyggere, effektiv koordinering, optimalisering av pasientforløp og avlastning av andre kommunale tjenester gjør at kommuner opprettholder kreftkoordinatorordningen, selv om de identifiserte økonomiske besparelsene for kommunen ikke alltid kan ventes å overstige kostnadene. I tillegg kommer ressursbesparelser i spesialisthelsetjenesten og for samfunnet for øvrig.

9.2 Suksesskriterier for kreftkoordinatorrollen

Tilbakemeldingene fra kommuner, kreftkoordinatorer og helsepersonell er at kreftkoordinatorsatsningen langt på vei har fungert godt og at kreftkoordinator er til stor nytte for pasienter og deres pårørende. Av kommunene som innførte ordningen i 2012 valgte de aller fleste å videreføre ordningen i 2016, til tross for at det innebar en opptrapping av kommunens finansieringsinnsats.

En rekke faktorer er viktige for å oppnå de positive virkningene som beskrevet i avsnitt 9.1. Gjennom evalueringen er det særlig enkelte ting som går igjen som viktige:

Figur 9-1: Kriterier for en velfungerende kreftkoordinator



Personlig og faglig egnethet er nødvendig for å skape trygghet for pasienter og pårørende, helsepersonell i kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt legitimitet i tjenesten. Kreftkoordinatorer med sykepleierbakgrunn, gjerne med spesialisering innen kreftomsorg, trekker frem viktigheten av kunnskapen og tryggheten en slik bakgrunn gir for å kunne besvare kreftpasientenes spørsmål rundt sykdommen. Det er også sentralt for å fungere godt i rollen som kompetansebygger og faglig ressursperson for annet helsepersonell i kommunen.

Det er viktig at kreftkoordinator er i stand til å skille mellom oppgaver de selv kan gjøre og hva de bør overlate til andre. Mange kreftkoordinatorer prioriterer de områder hvor de opplever at kommunen ikke møter kreftrammede på en god nok måte.

Kreftkoordinator må være i stand til å drive god og målrettet markedsføring for at tilbudet skal bli kjent blant pasienter, pårørende og helsepersonell. Det ble også trukket frem i intervjuene at er en stor fordel om kreftkoordinator er ansatt i 100 prosent stilling.

Lavterskeltilbud er viktig for å fange opp alle kreftpasienter og pårørende som har behov for støtten og hjelpen kreftkoordinator kan gi. Å ta kontakt med kreftkoordinator må ikke oppleves som en barriere, og det er derfor viktig at kreftkoordinator gjør seg tilgjengelig og at det ikke kreves utfylling av henvisningsskjema, vedtak eller noen form for søknadsprosess for å oppnå kontakt med kreftkoordinator. Dette er viktig for å gjøre det mindre byråkratisk og mindre stigmatiserende for pasientene og pårørende å ta kontakt.

Kommunal forankring er viktig for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet i stillingen og arbeidet. For at kreftkoordinatorrollen skal være levedyktig på lengre sikt er det nødvendig at rollen blir del av kommunens kreftomsorgstilbud også etter at Kreftforeningen trapper ned sin finansieringsandel. Kommuner som ansetter en kreftkoordinator, bør så langt det er mulig sørge for å gjøre rollen er forutsigbar og at berørte aktører er trygge på at ordningen vil være der også i fremtiden. God kommunal forankring vil gjøre kreftkoordinator i stand til å utføre sine oppgaver på en effektiv måte.

Fokus på koordineringsarbeid er viktig for å utløse gevinstene kreftkoordinatorrollen tilfører kommunen. Enkelte koordinatorer bruker en stor andel av arbeidstiden på direkte pasient- og pårørenderettet kontakt, og med bakgrunn innen pleie kan det være naturlig å gjøre oppgaver som egentlig hører hjemmesykepleien til. Dette kan typisk gjelde i kommuner som ikke har kreftsykepleier i hjemmetjenesten. I noen tilfeller kan en organisatorisk tilknytning til hjemmetjenesten medføre at direkte pasient- og pårørenderettet kontakt går på bekostning av koordineringsarbeid.

For å få fokus på koordineringsarbeidet var det flere informanter som trakk frem viktigheten av at kreftkoordinator er ansatt i en 100 prosent stilling. Kreftkoordinatorer som jobber deltid har vanskeligheter med å balansere mellom koordineringsarbeidet og for eksempel arbeid i hjemmetjenesten. Ansettelse i fulltidsstilling bidrar også til å øke kreftkoordinatorens tilgjengelighet, noe som er til verdi for brukerne.

I tillegg til fokus på koordineringsarbeid er det sentralt at kreftkoordinator kan jobbe med friskliv- og mestringsarbeid. Mange kreftkoordinatorer opplever dette som en viktig del av stillingsbeskrivelse, og kommunen bør så langt det er mulig legge til rette for at kreftkoordinator kan jobbe på dette feltet. Friskliv- og mestringsarbeid vil kunne bidra til at det utløses store gevinster for pasienter og pårørende, og dermed kommunene.

Rolleklarhet mellom kreftkoordinators oppgaver sett opp mot andre instanser i den kommunale helsetjenesten er viktig for å skape god informasjonsflyt, koordinerte tjenester, unngå dobbeltarbeid og redusere risikoen for konflikter. Positive holdninger til samarbeid og samordning hos de ulike delene av helsetjenesten bidrar til økt kunnskapsdeling og gevinster. I noen kommuner gir kreftkoordinator uttrykk for at de kan avlaste hjemmetjenesten ved å gjøre deres oppgaver, mens dette oppleves feil i andre kommuner som har tydeligere rolleskille. Det er derfor viktig med en

tydelig rolleavklaring for å unngå at man «tråkker i hverandres bed».

Særlig der ordningen ikke har «satt seg» er det viktig å jobbe med rolleavklaring. Søknadskontor for helse- og omsorgstjenester jobber med koordinering av tjenester, mens hjemmesykepleien har fokus på direkte pleie- og omsorgsarbeid. Videre er kreftsykepleiere i hjemmetjenesten ofte sentrale i fagutviklingen og arbeidet med palliativ omsorg. Kreftkoordinator på sin side skal informere og støtte pasienter og pårørende slik at de føler seg trygge, opplever mestring og finner frem i det offentlige systemet. Det er viktig at pasientene og deres pårørende opplever tjenestene som godt koordinerte. Det er særlig der dette ikke er tilfelle kreftkoordinator må komme inn å bidra til utvikling.

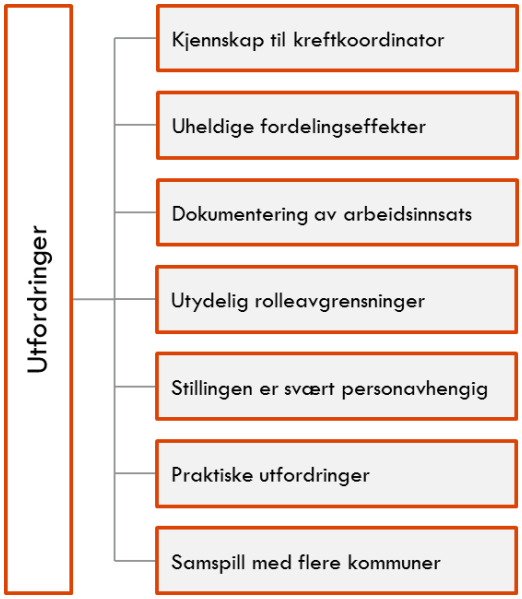
Bedre samhandling med fastleger er viktig for at kreftkoordinator skal komme inn tidlig i pasient-forløpet og kobles på i de tilfeller kreftkoordinator har noe å bidra med. Kreftkoordinator blir i dag ofte ikke koblet på før pasienten er på sykehuset, og gjerne etter behandling. Kvaliteten i tilbudet øker om koordinatoren kommer i kontakt med pasienter og pårørende i tidlig fase fordi tidlig kontakt gjør kreftkoordinatoren bedre i stand til å identifisere behov, samtidig som det bidrar til å trygge pasient og pårørende gjennom hele pasientforløpet. Flere kreftkoordinatorer påpeker at samarbeidet med fastlegene må bli bedre. Dette omfatter både å gjøre stillingen kjent blant fastlegene, men også måten de samarbeider på der stillingen er kjent. Ved tilretteleggelse for død i hjemmet er samarbeidet mellom fastlege og kreftkoordinator særlig viktig.

Nettverk mellom kreftkoordinatorer for erfarings-utveksling og støtte er etablert enkelte steder. Det arrangeres samlinger for ulike regioner, på initiativ direkte fra kreftkoordinatorene selv eller igangsatt av Kreftforeningen. Kreftforeningen arrangerer også nasjonale samlinger for kreftkoordinatorer og kommuneledere. Kreftkoordinatorene gir tilbakemeldinger om at slike samlinger er svært nyttige, og etterspør initiativ til flere møtepunkter. Dersom kommunen i større grad tilrettelegger for slike nettverk er det grunn til å tro at de vil få mer igjen for arbeidet til kreftkoordinator.

9.3 Sentrale utfordringer med kreftkoordinatorrollen

Stillingen som kreftkoordinator i kommunene er fortsatt relativt ny, og i mange kommuner er man i en tidlig fase. Fortsatt står man overfor en rekke utfordringer. Hvis disse løses vil det bidra til en enda bedre kreftomsorg i kommunene. Følgende utfordringer er det viktig å være klar over i det videre arbeidet:

Figur 9-2: Sentrale utfordringer



Kjennskap til kreftkoordinator i kommunene er helt sentralt for at pasienter og pårørende skal ha nytte av tjenesten. I mange kommuner er ikke kreftkoordinator synlig nok i den første fasen etter innføring av ordningen, og hverken pasienter, pårørende og helsepersonell er kjent med rollen til kreftkoordinator. Det tar tid å bygge opp kunnskap om tjenesten blant brukerne, blant øvrige ansatte i kommunen og ansatte i spesialisthelsetjenesten. Dette har også blitt trukket frem som en viktig utfordring i tidligere evalueringer av ordningen. Det bør derfor jobbes systematisk for å sikre at tilbudet gjøres kjent i kommunen, både blant pasienter, pårørende og helsepersonell i kommunen og spesialisthelsetjenesten. I kommuner der ordningen er godt etablert opplever kreftkoordinatoren stor etterspørsel etter deres tjenester.

Uheldige fordelingseffekter kan oppstå når det ansettes kreftkoordinator. For enkelte kommuner kan det å ha en egen stilling for én spesifikk sykdomsgruppe oppleves å stå i motsetning til kommunenes tankegang om likeverdig helsetilbud for alle innbyggere. Nettopp det at rollen er rettet mot kreft blir ofte trukket frem av kreftkoordinatorer og helsepersonell som positivt, og enkelte peker på det som en nødvendighet. Andre grupper som pasienter og pårørende som sliter med for eksempel hjertesykdom eller demens kan oppleve å bli nedprioritert. Dersom en kommune opplever dette som problematisk kan man vurdere å utvide stillingsbeskrivelsen, for eksempel ved å la den gjelde andre grupper med alvorlig sykdom. Man vil med dette treffe en bredere målgruppe, men det kan også gå på bekostning av kvaliteten i arbeidet for kreftpasientene.

Dokumentering av arbeidsinnsats er krevende for mange kreftkoordinatorer. Det er således vanskelig å formidle verdien av arbeidet til den eller de som skal beslutte om stillingen skal videreføres. Særlig kontakt med pårørende blir trukket frem som vanskelig å dokumentere.

Utydelige rolleavgrensninger kan oppleves som en utfordring for kreftkoordinatorer og annet helsepersonell. Særlig avgrensningen opp mot hjemmetjenesten kan være krevende, og bidra til uklarheter rundt ansvarsforhold og oppgavefordeling, og potensielle konflikter.

Kreftkoordinatorordningen er personavhengig og krever stort personlig engasjement fra den enkelte kreftkoordinator. Noen kreftkoordinatorer opplever usikkerhet om varigheten av stillingen. I tillegg kan kreftkoordinatorstillingen være noe ensom, og mange beslutninger må tas på egen hånd. Dette gjør at det er viktig med høyt personlig driv og engasjement for å jobbe med kreftsaken på denne måten. Det at stillingen er såpass personavhengig gjør også tilbudet sårbart. Fravær på grunn av sykdom eller andre forhold reduserer forutsigbarheten i tilbudet til pasienter og pårørende.

Praktiske utfordringer kan redusere kvaliteten på tilbudet kreftkoordinator greier å gi. For eksempel pekes det på at det i interkommunale samarbeid ikke er lov å utveksle journaler på tvers av kommuner, og at kreftkoordinator kun kan hente ut journaler i vertskommunen. Flere kreftkoordinatorer opplever at det er utfordrende å dokumentere sitt arbeid på grunn av systemene som benyttes til loggføring av pasientinformasjon.

Samspill med flere kommuner kan være utfordrende i interkommunale samarbeid. Kreftkoordinator må da forholde seg til et betydelig større antall aktører. Praktiske utfordringer som tilgang til pasientjournaler og system kan gjøre dette samarbeidet ekstra vanskelig.

9.4 Samlet vurdering av kreftkoordinatorsatsingen

Samlet sett synes kreftkoordinatorsatsningen å være en suksess, og tilbakemeldingene fra kommuner, kreftkoordinator og helsepersonell er at kreftkoordinatorordningen er til stor nytte for pasienter, deres pårørende og samfunnet som helhet.

Kreftforeningen berømmes for at de har fanget opp behovet for å styrke kreftomsorgen i kommunene, og at de har utviklet kreftkoordinator som et tjenestetilbud.

Den økonomiske støtten fra Kreftforeningen har vært en forutsetning for at så mange kommuner har implementert ordningen. Mange kreftkoordinatorer føler seg løftet frem av Kreftforeningen, og gir gode tilbakemeldinger på samlinger som arrangeres i deres regi. Kreftforeningens distriktskontor har også bidratt til å initiere nettverk mellom kreftkoordinatorene i regionen. Gode nettverk blir trukket frem som avgjørende for en velfungerende ordning også fremover.

Støtten fra Kreftforeningen har bidratt til at vi i dag har 128 kreftkoordinatorer i over 200 kommuner. Om lag 70 prosent av befolkningen dekkes. I mange kommuner er stillingen godt forankret, og flere gir tilbakemeldinger om at stillingen skal videreføres. På kort og lang sikt er det kommunenes ansvar å sikre god kreftomsorg.

Mange kommuner opplever imidlertid trange budsjetter. Kommunene må derfor oppleve at nytten av ordningen står i forhold til kostnadene knyttet til å finansiere stillingen. Kommuneøkonomien kan derfor stå i veien for videre finansiering av stillingene når Kreftforeningen begynner nedtrapping av den økonomiske støtten. Dette er trolig særlig aktuelt i kommuner der ordningen ikke har fungert optimalt. Kreftforeningen bør vurdere om de kan videreføre noe støtte til alle kommunene eller utvalgte kommuner over tid, for eksempel mot et krav om at kommunen etablerer en heltidsstilling.

En særlig utfordring for utbredelse av ordningen er at den er diagnosespesifikk. Dette kan stride mot kommunenes ideal om likeverdig tilbud for alle pasientgrupper. Koordinatorer for andre diagnose-grupper har vært etterspurt både fra hjemmetjeneste og kommuner. Noen kreftkoordinatorer oppgir at de også følger opp pasienter med andre diagnoser. Ved å overføre lærdommen fra kreftområdet også til andre diagnosegrupper vil man kunne løfte kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ytterligere.

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreundersøkelse

Bakgrunn for prosjektet (følgebrev)

Oslo Economics og Fürst og Høverstad gjennomfører på oppdrag fra Kreftforeningen en evaluering av de velferdsmessige og økonomiske effektene av kreftkoordinatorsatsningen. Målet med evalueringen er å:

- Presentere de velferdsmessige og økonomiske effektene av kreftkoordinatorsatsningen i kommunene på kort og lang sikt.
- Synliggjøre mulige positive økonomiske effekter kommunene og samfunnet har av å ha kreftkoordinator.
- Vise om og hvordan kommunene kan oppnå mest mulig effektiv ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å ansette en kreftkoordinator.
- Danne grunnlag for beslutningsstøtte til ledere i kommunen med tanke på implementering/ videreføring av kreftkoordinatorfunksjonen som del av kreftomsorgen i sin kommune.

I den forbindelse gjennomfører vi en spørreundersøkelse rettet mot alle kreftkoordinatorer hvis stilling er støttet med midler fra Kreftforeningen. Vi håper du har mulighet til å svare på denne undersøkelsen.

Dine svar vil gi viktige innspill til det videre arbeidet med kreftkoordinatorordningen. Vi håer derfor du tar deg tid til å svare.

I spørreundersøkelsen ber vi deg om å ta stilling til en del påstander om mulige effekter for pasient, pårørende, kommuner, spesialisthelsetjenesten eller samfunnet for øvrig. Vi har forståelse for at flere av spørsmålene vi stiller vil være krevende å gi presise anslag på, men vi håper du vil forsøke å oppgi anslag basert på din erfaring som kreftkoordinator.

Vi vil ikke føre dine svar tilbake til deg eller din kommune. Undersøkelsen er ikke ment å kartlegge enkeltkommuner, men heller å få verdifulle innspill basert på erfaringer som kreftkoordinatorene har opparbeidet seg.

Vi regner med at du bør sette av om lag 15-20 minutter til å gjennomføre undersøkelsen.

Utvalg

Spørreundersøkelsen ble sendt til alle de kreftkoordinatorer. Kontaktinformasjon til kreftkoordinatorene er fra Kreftforeningen.

Bakgrunnsinformasjon

1. Hvilket år ble du ansatt som kreftkoordinator?
    a. Tidligere enn 2012
    b. 2012
    c. 2013
    d. 2014
    e. 2015
    f. 2016
    g. 2017

2. Er din stilling knyttet til én kommune/bydel eller jobber du i en interkommunal ordning opp mot pasienter i flere kommuner?
    a. En kommune/bydel
    b. Flere kommuner

3. Er det flere kreftkoordinatorer som jobber i samme kommune(r)/bydel(er) som deg?
    a. Ja
    b. Nei

4. Var du ansatt i (en av) kommunen(e) før du ble kreftkoordinator?
    a. Ja

b. Nei

5. Hvor var du ansatt før du ble kreftkoordinator?
   a. I den kommunale hjemmetjenesten (uten spesialansvar)
   b. I den kommunale hjemmetjenesten som palliativ sykepleier
   c. I den kommunale hjemmetjenesten som kreftsykepleier
   d. Ved en kommunal pleie-/rehabiliteringsinstitusjon
   e. Ved sykehjem
   f. I spesialisthelsetjenesten
   g. Annet [Vennligst spesifiser]

6. Vennligst beskriv kort din fagbakgrunn (utdanning/erfaring)
   [Åpent kortsvar]

7. Hvor tilhører din stilling som kreftkoordinator organisatorisk?
   a. I hjemmetjenesten
   b. Ved tjeneste-/søknads-/bestiller-/tildelingskontor
   c. Ved frisklivssentral, lærings- og mestringssenter el.
   d. Ved kommunal helse- og omsorgsinstitusjon/-avdeling
   e. Ved lokalmedisinsk/distriktmedisinsk senter
   f. Under kommunalsjef/Rådmann/stabsfunksjon/administrasjon
   g. Annet [Fyll inn]

8. Sikrer den organisatoriske plasseringen av din stilling at du får lett tilgang til andre kommunale tjenester som du har behov for å ha kontakt med/involvere i arbeidet med kreftpasienter?

   Skala [Ja – i stor grad – I liten grad – Nei]

   Hvis «Nei» eller «I liten grad»:

9. Hvor skulle du heller sett at din stilling ble forankret i kommunens organisasjon?

Pasientkontakt

1. Vennligst oppgi omtrent hvor mange pasienter du som kreftkoordinator hadde kontakt med i 2016 (anslag):
2. Vennligst oppgi omtrent hvor mange pårørende du som kreftkoordinator hadde kontakt med i 2016 (anslag):

3. Anslagsvis hvor stor andel (%) av pasientene du var i kontakt med i fjor fikk du kontakt med i forbindelse med at de ble utskrevet fra sykehus?

   [Fyll inn] %

4. Anslagsvis hvor stor andel (%) av pasientene du var i kontakt med i fjor hadde tjenester fra hjemmetjenesten da du fikk kontakt med dem første gang?

   [Fyll inn] %

5. Anslagsvis hvor mange av pasientene du var i kontakt med i fjor døde?

   [Fyll inn]

6. Anslagsvis hvor stor andel (%) av pasientene du var i kontakt med i fjor fikk i løpet av året:

   a. Hjemmetjenester: [Fyll inn] %
   b. Korttidsopphold i sykehjem eller palliativ enhet? [Fyll inn] %
   c. hospiceplass? [Fyll inn] %

d. innleggelse på sykehus? [Fyll inn] %

7. Kan du gi et anslag på hvor mye av din arbeidstid som er knyttet til hhv. systemrettet arbeid (bl.a. planarbeid, utarbeidelse av rutiner m.m.), kompetansebygging og fagutvikling, pasientrettet koordinering, og direkte pasientrettet arbeid?

    a. Systemrettet/administrativt arbeid [Fyll inn] %
    b. Kompetansebygging/ fagutvikling [Fyll inn] %
    c. Direkte pasient- og pårørenderettet kontakt [Fyll inn] %
    d. Pasient- og pårørenderettet arbeid med fokus på koordineringsoppgaver [Fyll inn] %

8. Kan du gi et anslag på fordelingen av din pasient- og pårørenderettede arbeidstid mellom kontakt med henholdsvis pasienter og pårørende?
    a. Pasienter [Fyll inn] %
    b. Pårørende [Fyll inn] %

9. Hvilke tre av alternativene under er de vanligste kildene til at du kommer i kontakt med pasienter? [Flervalg]

    a. Formidlet via fastlege
    b. Formidlet via spesialisthelsetjenesten
    c. Formidlet via hjemmetjenesten
    a. Formidlet via kommunalt tjeneste-/søknads-/bestiller-/tildelingskontor
    d. Direkte kontakt fra pasienter
    e. Direkte kontakt fra pårørende
    f. Annet [Vennligst spesifiser]

Om de velferdsmessige effektene av kreftkoordinators arbeid

1. Påstand: Kreftkoordinator skal være et lavterskeltilbud som følger pasienter i hele forløpet.
   Skala [Svært viktig – Viktig – Mindre viktig - Lite viktig)

2. Ut fra tilbakemeldingene som du har mottatt fra pasienter og pårørende, hvor viktig mener du at din funksjon er for pasientene og pårørende i ulike faser av pasientforløpet:

   - Stillingens betydning for pasienter med nyoppdaget kreftdiagnose og deres pårørende?
     Skala [Svært viktig – Viktig – Hverken viktig eller uviktig - Mindre viktig - Ikke viktig)

   - Stillingens betydning for pasienter under kreftbehandling i spesialisthelsetjenesten og deres pårørende?

   Skala [Svært viktig – Viktig – Hverken viktig eller uviktig - Mindre viktig - Ikke viktig)

   - Stillingens betydning for pasienter i rehabilitering/fortsatt behandling og deres pårørende?

   Skala [Svært viktig – Viktig – Hverken viktig eller uviktig - Mindre viktig - Ikke viktig)

   - Stillingens betydning for pasienter i palliativ fase og deres pårørende?

   Skala [Svært viktig – Viktig – Hverken viktig eller uviktig - Mindre viktig - Ikke viktig)

   - Stillingens betydning for kreftoverlevere og pasienter som lever med seneffekter?

   Skala [Svært viktig – Viktig – Hverken viktig eller uviktig - Mindre viktig - Ikke viktig)

   - Stillingens betydning for pårørende etter pasientens bortgang?

   Skala [Svært viktig – Viktig – Hverken viktig eller uviktig - Mindre viktig - Ikke viktig)

Vennligst ta stilling til hvor enig du er i påstandene under:

3. Kreftkoordinatoren skaper trygghet for pasienter når det gjelder dagens situasjon og utviklingen framover.

   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – svært uenig]

4. Kreftkoordinatoren skaper trygghet for pårørende.

   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – svært uenig]

5. Kreftkoordinatoren er viktig for å sikre at pasientene og pårørende får den hjelpen og omsorgen de har behov for.
   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – svært uenig]

Vennligst ta stilling til hvor enig du er i påstandene under:

1. Påstand: Kreftkoordinator er en pådriver for faglig utvikling- og opplæring.

   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – svært uenig]

2. Påstand: Kreftkoordinator er en faglig ressursperson for annet helsepersonell.

   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

3. Påstand: Kreftkoordinator bidrar til å spre kunnskap om kreft til tjenester utover helsesektoren.

   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

4. Påstand: Kreftkoordinatorrollen er viktig fordi den gir pasienter og pårørende en tilgjengelig kontaktperson.

   Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Økonomiske effekter

Tjenester

Påstand: Kreftkoordinator bidrar til at det gjøres helhetlige vurderinger slik at det kan settes inn riktig tjeneste til riktig tid.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Utskrivelse fra sykehus (1)

Påstand: Kreftkoordinatorens kontakt med sykehuset kan bidra til at pasienter raskere tas imot i kommunen – slik at det blir færre «overliggerdøgn» som kommunen må betale for.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Anslagsvis for hvor stor andel av pasientene (%) du var i kontakt med i fjor bidro du til at kommunen kunne ta imot pasienten fremfor å måtte betale for forsinket utskrivning («overliggere»)?

Utskrivelse fra sykehus (2)
Påstand: Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at pasienter som skrives ut fra sykehuset får færre tjenester fordi pasientens behov løses på et lavere tjenestenivå enn det pasienten ville fått uten din medvirkning.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Anslagsvis for hvor stor andel av pasientene (%) som du var i kontakt med i fjor har din funksjon som kreftkoordinator bidratt til å redusere omfanget av kommunale tjenester fordi pasientens behov ble løst på et lavere tjenestenivå.

Støtte til hjemmeboende

Påstand: Flere kreftpasienter kan klare seg selv i hjemmet uten hjemmetjenester som følge av støtten, tryggheten og/eller tjenester kreftkoordinator utløser.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Hvilke tjenester er de tre viktigste for at pasienten kan klare seg selv hjemme?

- Trygghetsskapende støttesamtaler med pasient og/eller pårørende
- Hjelp med/ opplæring i medisinsk-teknisk utstyr (pumper mm.)
- Ergo-/fysioterapeut, hjelpemidler
- Hjelp i dialog med andre instanser (NAV, kommunehelsetjenesten el.a.)
- Kontakt med Frivillighetssentral
- Velferdsteknologi (elektronisk pilledispenser, avstandsoppfølgning, trygghetsalarm m.m.)
- Hjemkjøring av mat – fra hjemmetjenesten/frivillige
- Annet [Fyll inn]

Anslagsvis hvor stor andel (%) av pasientene som du var i kontakt med i fjor har du bidratt til at de kan klare seg selv i hjemmet uten eller med mindre hjemmetjenester enn om du ikke hadde vært inne?

Når du tenker på disse pasientene: Kan du anslå hvor mange færre timer hjemmetjenester per uke som de gjennomsnittlig har mottatt, enn om du ikke hadde bidratt?

Utsatt behov for sykehjem, palliativ enhet eller hospice

Påstand: Kreftkoordinators arbeid kan bidra til at pasienter bor lengre hjemme (eventuelt med hjemmetjenester) før de legges inn på sykehjem eller får andre tjenester utenfor hjemmet.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Anslagsvis hvor stor andel (%) av pasientene som du var i kontakt med i fjor fikk utsatt opphold på sykehjem eller andre tiltak utenfor hjemmet?

For disse pasientene, anslagsvis med hvor mange uker tror du at kreftkoordinator bidro til at innleggelsen ble utsatt (i gjennomsnitt)? [*1-2 uker, 2-3 uker, …*]

Andre tjenester

Påstand: Kreftkoordinators innsats kan bidra til at noen pasienter får mer eller flere kommunale tjenester.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

For pasientene som du har vært i kontakt med det siste året: hvilke tilbud/tjenester har du bidratt til å koble på (som du tror pasienten ikke ville benyttet dersom du ikke hadde bistått)?

- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Hjelpemidler i hjemmet
- Trygghetsalarm
- Søknader til NAV
- Frisklivssentral
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Skolehelsetjeneste
- Skole/Barnehage
- Helsestasjon
- Sykehjemsplass
- Avlastningsplass for pårørende
- Kommunal dag/døgntilbud
- Annet [Fyll inn]

Hjemmedød

Påstand: Din rolle som kreftkoordinator er viktig for å legge til rette for at pasienten får dø i hjemmet dersom pasienten og pårørende ønsker det.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

For hvor mange pasienter som du har var i kontakt med i 2016 har du vært med på å tilrettelegge for hjemmedød?

For hvor mange av disse pasientene tror du hjemmedød *ikke* hadde vært mulig for dersom kommunen ikke hadde hatt kreftkoordinator?

Kan du gi et anslag på hvor mange timer de kommunale tjenestene har brukt for å muliggjøre hjemmedød for disse pasientene (gjennomsnitt for de aktuelle pasientene)?

Hva ville alternativene for disse pasientene trolig ha vært?

- Død på sykehus
- Død på sykehjem/palliativ enhet i kommunen
- Død på hospice
- Død på lokalmedisinsk senter ell.

Effektivitet

Påstand: Kreftkoordinator utfører koordineringsarbeidet mer effektivt enn annet helsepersonell og kommuneansatte.

Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

Vennligst ta stilling til hvor enig du er i påstandene under om hvorfor kreftkoordinator utfører koordineringsarbeidet effektivt:

- Kreftkoordinator har bedre tilgang til riktig person i spesialisthelsetjenesten.
  Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig –uenig]

- Kreftkoordinator har bedre oversikt og klinisk erfaring i å vurdere pasienters behov.
  Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – uenig]

- Kreftkoordinator har bedre oversikt om det samlede kommunale helse tjenestetilbudet.
  Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig – svært uenig]

- Kreftkoordinator har bedre oversikt om andre tjenestetilbud (NAV, frivillige organisasjoner m.m.)
  Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig –uenig]

- Kreftkoordinator bidrar til bedre samhandling (lettere flyt) mellom helsepersonell i kommunen og søknad-/bestiller-/tjenestekontor.
  Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig –uenig]

- Kreftkoordinator har mer kontinuerlig dialog med pasienter og pårørende som følge av tidlig involvering.
  Skala [enig – litt enig – hverken enig eller uenig – noe uenig –uenig]

Andre effekter av kreftkoordinators rolle

Vi setter pris på om du har kommentarer/innspill til økonomiske effekter av kreftkoordinatorenes arbeid – både ift. pasientene, kommunen og spesialisthelsetjenesten – som vi ikke har berørt i denne undersøkelsen?

[Åpent kommentarfelt]

Vedlegg 2: Intervjuguide

Informasjon

Oslo Economics og Fürst og Høverstad gjennomfører på oppdrag for Kreftforeningen en evaluering av de velferdsmessige og økonomiske effektene av kreftkoordinatorsatsningen. Målet med evalueringen er å:

- Presentere de velferdsmessige og økonomiske effektene av kreftkoordinatorsatsningen i kommunene på kort og lang sikt.
- Synliggjøre mulige positive økonomiske virkninger kommunene og samfunnet har av å ha kreftkoordinator.
- Vise om og hvordan kommunene kan oppnå mest mulig effektiv ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å ansette en kreftkoordinator.
- Danne grunnlag for beslutningsstøtte til ledere i kommunen med tanke på implementering/ videreføring av kreftkoordinatorfunksjonen som del av kreftomsorgen i sin kommune.

I den forbindelse gjennomfører vi intervjuer med representanter fra et utvalg kommuner og bydeler som har kreftkoordinator. Hensikten med intervjuene er å kartlegge organiseringen av ordningen, drøfte erfaringene med kreftkoordinator i kommunen og hva som er virkningene av kreftkoordinatorenes arbeid. I tillegg til å gjennomføre dybdeintervjuer med et utvalg kommuner vil vi gjennomføre en bred kartlegging i form av spørreundersøkelser som sendes til kreftkoordinatorer og ledere for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et bredt utvalg kommuner.

I intervjuet med kommunene/bydelene ønsker vi å møte følgende representanter:

- Kreftkoordinator
- Leder kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Kommuneoverlege/bydelsoverlege
- Representanter fra hjemmesykepleien og sykehjem

Bolkene under skisserer hvilke tema vi ønsker å drøfte med hvem og omtrentlig varighet for intervjugjennomføring.

Intervju med kreftkoordinator Varighet: ca. 1,5 time
Vennligst beskriv ditt/kreftkoordinators arbeid, organisatoriske tilhørighet, utdanning- og erfaringsbakgrunn. Er organiseringen og innholdet i ditt arbeid etter din oppfatning hensiktsmessig? Kan du peke på eventuelle forbedringspunkter? Hva er fordelene med din bakgrunn og erfaring? Hvilke arbeidsoppgaver og metoder har du tatt med over i stillingen som kreftkoordinator? Greid å dreie oppgavene mot koordinatoroppgaver? I hvor stor grad føler du tilhørighet og ansvar overfor Kreftforeningen mtp. informasjonsarbeid og rapportering dit? Hvor ofte møter du andre kreftkoordinatorer og i hvilken sammenheng/ hvilke møteplasser? Kontakt med forløpskoordinator ved sykehuset? **Brukere** i. Hvordan kommer du i kontakt med brukerne (oppsøkende, henvisninger mv.)? a. I hvilken grad fanges pasienter fra ulike sosiale lag og etnisitet opp? ii. Anslagsvis hvor mange brukere møter du i løpet av en måned/et år)? a. Hvor stor andel av kreftpasientene som du møter har *ikke* vedtak om kommunale tjenester? b. Hvilke kreftpasienter møter du oftest i et pasientforløpsperspektiv (diagnose, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg, lindring og død)? c. Kan du gi et anslag på hvordan din tidsbruk fordeles på ulike kreftpasienter i de ulike fasene?

Kreftkoordinators arbeid

iii. Hvor stor andel av din tidsbruk og dine arbeidsoppgaver går med til henholdsvis:
   a. Systemrettede oppgaver (administrasjon, planarbeid, samarbeid)
   b. Pasientrettede oppgaver. Forsøk så langt som mulig å skille på
      i. pasientrettet arbeid i koordinatorrollen (f.eks. sikre sømløse pasientforløpet i samarbeid med andre tjenester) og
      ii. utøvende/direkte pasientrettet arbeid (f.eks. støttesamtaler)

Virkninger av å ha kreftkoordinator i kommunen

For hver av følgende faser i et pasientforløp ønsker vi å drøfte virkninger av kreftkoordinators rolle:
- Diagnose
- Behandling
- Rehabilitering
- Pleie og omsorg
- Lindring og død

For hver fase i pasientforløpet ønsker vi å drøfte:
i. Hvem er dine viktigste samarbeidspartnere i kommunen i de ulike fasene?
ii. Økonomiske effekter av kreftkoordinator
   a. Hva slags kostnader kan du spare kommunene for? – På hvilken måte «avlaster» du andre kommunale tjenester?
   b. Kan du involvere frivillighet (pasientforeninger, frivillighetssentraler, seniorsentre m.m.) til å bidra med praktisk hjelp og sosiale tiltak? Kan du anslå hvor mye dette «sparer» kommunen for tjenester?
   c. «Påfører» du/kreftkoordinator andre tjenester i kommunen merarbeid/økning i tjenesteomfang? F.eks. økte krav til hjemmetjenesten?
   d. Kan du beskrive hvordan din stilling og rolle påvirker ressursbruk i hjemmetjenesten, sykehjem, sykehus mv.
   e. Kan du anslå (om så veldig skjønnsmessig) hvor mye virkningene i spørsmålene a-d ovenfor utgjør?
iii. Velferdsmessige effekter
   a. Positive virkninger av kreftkoordinator for kommune, brukere, andre instanser og samfunnet for øvrig

Intervju med leder kommunal helse- og omsorgstjeneste
Varighet: ca. 1 time

Kreftkoordinators arbeid

Vi gir en beskrivelse av hvordan vi oppfatter kreftkoordinators organisatoriske tilknytning og arbeidsoppgaver basert på intervju med kreftkoordinator.

Hva var hovedargumentene for å ansette en kreftkoordinator? Fantes det noen konkrete målsetninger med ordningen?

Hva har vært bestemmende for kreftkoordinators organisering og stillingsinstruks?

Drøfting av erfaringer med kreftkoordinator i kommunen som andre kommuner kan ha nytte av, og erfaringer som går på hvordan andre tjenester i kommunen blir påvirket av at kommunen har en kreftkoordinatorstilling.

Måloppnåelse: Har ordningen stått til forventningene? Har man oppnådd det man ønsket da man innførte kreftkoordinator?

Framtidsutsikter for stillingen: Når må dere ta stilling til evt. videreføring av kreftkoordinatorstillingen? Har dere vurdert en liknende stilling for andre sykdomsgrupper/diagnoser, eller å utvide kreftkoordinatorstillingen til å også gjelde andre sykdomsgrupper/diagnoser. Har dere opplevd negative tilbakemeldinger fordi det koordinatorstillingen er avgrenset til kreft?

Virkninger av å ha kreftkoordinator i kommunen

For hver av følgende faser i et pasientforløp ønsker vi å drøfte virkninger av kreftkoordinators rolle:

- Diagnose
- Behandling
- Rehabilitering
- Pleie og omsorg
- Lindring og død

For hver fase i pasientforløpet ønsker vi å drøfte:

i. Økonomiske virkninger av kreftkoordinator
   a. Hva slags kostnader kan kreftkoordinator spare kommunene for? *(jf. kommentar til det samme spørsmålet til kreftkoordinatorene)*
   b. Hvilke kostnader kan knyttes til å kreftkoordinator (administrasjon, personalkostnader (lønn, reiseutgifter m.m.), kurs o opplæring, lokaler og utstyr mv.)
   c. Påfører kreftkoordinator kommunen merarbeid? *(jf. kommentar til det samme spørsmålet til kreftkoordinatorene)*
   d. Hvordan påvirker kreftkoordinator ressursbruk i hjemmetjenesten, sykehjem, sykehus mv.
   e. Har kreftkoordinator utløst effektivisering i
      i. helse- og omsorgstjenesten (f.eks. færre fastlegekonsultasjoner, mindre behov for hjemmetjenester eller sykehjemsplasser mv.)
      ii. Arbeidet med kreftomsorg i kommunen (samhandling internt, mer effektive arbeidsmetoder, læringsgevinster på tvers av profesjoner, bedre systemer mv.)

   Kan du anslå (om så veldig skjønnsmessig) hvor mye virkningene i spørsmålene a-d ovenfor utgjør?

ii. Velferdsmessige virkninger
   a. Positive effekter av kreftkoordinator for kommune, brukere, andre instanser og samfunnet for øvrig

Intervju med representanter fra hjemmesykepleien og sykehjem
Varighet: ca. 1 time

Er kreftkoordinatortjenesten kjent blant de gruppene dere representerer?

I hvilken grad informerer dere/henviser dere brukere til kommunal kreftkoordinator? I tilfelle, hvilke typer kreftpasienter (pasientforløpsperspektiv)?

Kreftkoordinatoren skal forutsetningsvis følge pasienter i alle faser av pasientforløpet (diagnose, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg, lindring og død).
I hvilke av disse fasene møter dere kreftkoordinatoren oftest? Hva konkret bidrar kreftkoordinatoren med i de ulike fasene?

Virkninger av å ha kreftkoordinator i kommunen

i. Vi ber dere om en vurdering av virkningene som kreftkoordinatoren har både for kommunens øvrige tjenester, pasientene og andre instanser:

ii. Økonomiske virkninger av kreftkoordinator
   a. Hva slags kostnader kan kreftkoordinator spare kommunene for? *(jf. kommentar til det samme spørsmålet til kreftkoordinatoren)*
   b. Avlaster (evt. påfører) kreftkoordinator kommunale helse- og omsorgtjenester merarbeid? *(jf. kommentar til det samme spørsmålet til kreftkoordinatoren)*
   c. Hvordan påvirker kreftkoordinator ressursbruk i hjemmetjenesten og sykehjem?
   d. Har kreftkoordinator utløst effektivisering i
      i. helse- og omsorgstjenesten (behov for hjemmetjenester eller sykehjemsplasser mv.)
      ii. arbeidet med kreftomsorg i kommunen (samhandling internt, mer effektive arbeidsmetoder, læringsgevinster på tvers av profesjoner, bedre systemer mv.)

   Kan dere anslå (om så veldig skjønnsmessig) hvor mye effektene i spørsmålene a-d ovenfor utgjør?

iii. Velferdsmessige virkninger
   a. Positive effekter av kreftkoordinator for kommune, brukere, andre instanser og samfunnet for øvrig

Intervju med kommunelege Varighet: ca. 1 time
Er kreftkoordinatortjenesten kjent blant fastlegene i kommunen/bydelen? I hvilken grad informerer du og fastlegene om og oppfordrer pasienter til å ta kontakt med kommunens kreftkoordinator? Kreftkoordinatoren skal forutsetningsvis følge pasienter i alle faser av pasientforløpet (diagnose, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg, lindring og død). I hvilke av disse fasene møter du og fastlegene kreftkoordinatoren oftest? Hva konkret bidrar kreftkoordinatoren med i de ulike fasene? **Virkninger av å ha kreftkoordinator i kommunen** Vi ber deg/dere om en vurdering av virkningene som kreftkoordinatoren har for både kommunens øvrige tjenester, fastlegene, pasientene og andre instanser: iv. Økonomiske virkninger av kreftkoordinator a. Hva slags kostnader kan kreftkoordinator spare kommunene for? *(jf. kommentar til det samme spørsmålet til kreftkoordinatoren)* b. Avlaster (evt. påfører) kreftkoordinator fastleger merarbeid? *(jf. kommentar til det samme spørsmålet til kreftkoordinatoren)* c. Hvordan påvirker kreftkoordinator ressursbruk (bl.a. konsultasjonshyppighet) hos fastlegene? d. Har kreftkoordinator utløst effektivisering i i. helse- og omsorgstjenesten ii. arbeidet med kreftomsorg i kommunen (samhandling internt, mer effektive arbeidsmetoder, læringsgevinster på tvers av profesjoner, bedre systemer mv.) Kan du gi et anslag (om så veldig skjønnsmessig) på hvor mye effektene i spørsmålene a-d ovenfor utgjør? v. Velferdsmessige effekter a. Positive effekter av kreftkoordinator for kommune, brukere, andre instanser og samfunnet for øvrig

Vedlegg 3: Kreftforeningens beskrivelse av stillingen og ansvarsdeling

Om kreftkoordinatorstillingen

- Stillingen skal bidra til noe kvalitativt nytt i kommunen, og ikke være en videreføring av eksisterende stillinger/ funksjoner.
- Kreftkoordinator må fortrinnsvis ha utdanningsbakgrunn innen helse-, sosial -, eller samfunnsfag.
- Kreftkoordinator skal være et lavterskeltilbud uten vedtak, men kartlegging kan vise behov for, -og utløse vedtak til andre kommunale tjenester.
- Kreftkoordinator må ha kunnskap om, - og erfaring fra arbeid med kreftpasienter og pårørende, mennesker i krise, koordineringsarbeid i kommunen og/ eller spesialisthelsetjenesten, eller annen relevant erfaring.
- Kreftkoordinator skal arbeide for å forbedre kreftomsorgen i kommunen – blant annet ved å bidra til utvikling av nye/endrede rutiner og systemer på tvers av sektorene.
- Kreftkoordinator skal gi pasienter og pårørende et koordinert tilbud. Dette innebærer å ha oversikt over relevante tilbud og tjenester, gi informasjon, råd og veiledning knyttet til **alle faser av et sykdomsforløp** – inkludert tjenestetilbud utover helsetjenesten som for eksempel NAV, barnehager og skoler.
- Kreftkoordinator kan bidra til etablering av møteplasser og andre tilbud for pasienter og pårørende
- Kreftkoordinator skal ha oversikt over aktuelle frivillige tilbud og andre ikke-kommunale tilbud, samt samarbeide med pasientforeninger og likepersoner.
- Kreftkoordinator skal være synlig og tilgjengelig overfor kreftpasienter og pårørende, samarbeidspartnere i kommunen/ ev. interkommunalt, samt i, -og med spesialisthelsetjenesten.
- I store kommuner/ bydeler/ interkommunalt innebærer mye av arbeidet et «sørge- for»- ansvar: Koordinere kreftomsorgsarbeidet gjennom og via de ressursene som finnes. Kreftkoordinatoren vil her ha et overordnet blikk og være et kontaktpunkt og en igangsetter, og bidrar til å skape hensiktsmessige rammer og kontinuitet. Alle kreftkoordinatorer har et slikt «sørge-for-ansvar», men dette blir spesielt viktig i store kommuner/bydeler eller interkommunalt.

Kreftforeningens ansvar

- Kreftforeningen har følgende intensjon med lønnsmidlene:
  - Å dekke 75% de tre første årene og 60% i ytterligere ett år - av bruttolønnen til én person i enten 50 % eller 100 % stilling. Tilskuddet inkluderer sosiale kostnader inntil 35% av bruttolønn. Det er ikke adgang til å fordele denne stillingen på flere ansatte.
  - Midlene bevilges for ett år ad gangen fra dato kreftkoordinator faktisk starter i stillingen.
  - Midlene utbetales etterskuddsvis per kvartal. Eventuell lønnsøkning dekkes ikke.
- Kreftforeningens hovedrolle er å være «lyttepost», og samle inn erfaringer og «beste praksis» på koordinering, organisering og forankring. Dette vil formidles til øvrige kommuner i satsingen, og gjøres tilgjengelig via for eksempel etablerte nettverk.
- Kreftforeningen arrangerer årlige samlinger for kreftkoordinator og kommuneledelse for kompetansepåfyll og erfaringsdeling.
- Kreftforeningen er en samarbeidspart for kommunene og ønsker å være en støttespiller for kreftkoordinatorsatsingen. Vi vil bidra med vår kompetanse, våre tilbud og våre erfaringer.
- Kreftforeningen vil bruke erfaringer fra satsingen i sitt politiske påvirkningsarbeid nasjonalt, regionalt og lokalt.

Kommunens ansvar

- Kommunens med-finansiering er på 25% av bruttolønn de første tre årene og 40% det fjerde året.
- Interkommunale stillinger skal være forankret i en samarbeidsavtale mellom vertskommune og de øvrige kommunene.
- Kommunen har arbeidsgiveransvar og oppfølgingsansvar overfor kreftkoordinatoren samt ansvar for de driftsmidler stillingen krever.
- Kommunen skal sørge for at kreftkoordinator er synlig og tilgjengelig for alle kreftrammede og pårørende i alle faser av et pasientforløp, eksempelvis på kommunens hjemmesider, via brosjyrer, visittkort, medieoppslag mm.
- Kommunen skal sørge for en relevant organisatorisk plassering som gir kreftkoordinatoren handlingsrom og legitimitet til å jobbe tverrsektorielt, ha god oversikt over tilbud og tjenester samt sørge for gode rutiner for at stillingen blir kjent og brukt.

- Kommunen skal sørge for en forankring i relevant planverk med tanke på videreføring av stillingen.
- Kommunen skal gi Kreftforeningen beskjed om alle forhold som har betydning for utbetaling av lønnsmidler; eksempelvis opphold i tjenesten grunnet oppsigelser, permisjoner, sykefravær eller annet fravær utover arbeidsgiverperioden (16 dager). Ordinær ferieavvikling omfattes ikke av dette.
- Kommunen skal bidra til erfaringsdeling til andre kommuner, i egen eller i Kreftforeningens regi.

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Folkehelseinstituttet 2016, Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013, rapport 2016:1.

Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. Sammen - mot kreft: Nasjonal kreftstrategi 2013-2017

Helsedirektoratet, 2015. Nasjonal Handlingsplan for Kreft 2015-2017

Kreftforeningen, 2016. Årsrapport 2015

Kreftforeningen, 2017. Kreftkoordinator i kommunen. Tilgjengelig på: https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/ [Besøkt 19. april 2017].

OECD, 2017. New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability.

OECD, 2017. Tackling Wasteful Spending on Health.

Oslo Economics, 2016. Kreft i Norge - kostnader for pasientene, helsetjenesten og samfunnet.

Produktivitetskommisjonen NOU 2016: 3. Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi — Produktivitetskommisjonens andre rapport.

SINTEF, 2017. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, Trondheim: SINTEF Teknologi og Samfunn Avdeling Helse.

Statistisk Sentralbyrå, 2015. PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE 1994-2013: Stadig mer hjelp til dem under 67 år.

TNS Gallup, 2015. Pasientforløp.

Virke, Kommunenes sentralforbund og Næringslivets Hovedorganisasjon - Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester - Grunnlag for vurdering av kostnader og kvalitet. 2013.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Dronning Mauds Gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo