

Kreftkoordinatorers rolle i samhandlingsarbeidet i kreftomsorgen i norske kommuner

Astri Syse, Ph.D.¹; Nataliia Moshina, M.D.²

*Astri Syse, Ph.D., Statistisk sentralbyrå¹; Kreftregisteret²
Nataliia Moshina, M.D.²; Statistisk sentralbyrå¹; Kreftregisteret²*

Abstract

The role of cancer coordinators in cancer care collaboration in Norwegian municipalities

Uncoordinated services represent a pronounced challenge in Norwegian health care. To enhance local cancer care, a trial project implementing cancer coordinator positions in several Norwegian municipalities was launched in 2012. We aim to assess the role cancer coordinators play in the local coordination of cancer care. In 2014, 52% of cancer coordinators in Norwegian municipalities answered a quantitative web survey concerning their role. Cancer coordinators work directly with patients and their families, but are also a resource for other service providers. Collaboration with involved parties is generally adequate, although interactions with general practitioners, NAV, schools and kindergartens could be improved. Cancer prevalence will increase due to population aging, and thus pressure municipal health services. Cancer coordinators report that they contribute positively in local cancer care. Future research should include perspectives also from patients, next-of-kin and collaborating partners, and potential differences in municipalities with and without cancer coordinators should be explored.

Key words/ nøkkelord

Health Care; Oncology; Coordination; Collaboration; Questionnaire, Helsetjeneste; Onkologi; Koordinering; Samhandling; Spørreskjema

Referee*

Bakgrunn

Norge eldes (Syse og Pham 2014), og fordi kreft er sterkt assosiert med aldring er kreftforekomsten økende (Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers og Parkin 2010). Samtidig gjør tidligdiagnostikk og bedret behandling at overlevelsen etter kreft øker (Kreftregisteret 2014). Rundt 30 000 diagnostiseres årlig, og mer enn 224 000 personer har en kreftdiagnose og lever med større og mindre plager som følge av sykdommen og behandlingen av denne (Kreftregisteret 2014).

Kreftomsorg er i all hovedsak et offentlig anliggende i Norge, og av den grunn er det viktig at politikkenringer på dette området forankres på en måte som sikrer adekvat men økonomisk bærekraftig omsorg. Et formål med offentlig norsk helsevesen er at befolkningen skal tilbys adekvat behandling og omsorg på lavest mulig nivå – det vil si at oppgaver som kan utføres i primærhelsetjenesten bør utføres her, men at oppgaver som best ivaretas av spesialisthelsetjenesten bør foregå der. Dette er for å utnytte begrensede ressurser optimalt og minimere stadig økende helsekostnader forbundet med kostbar kreftbehandling og det økende antallet kreftpasienter (Fiva, Hægeland, Rønning og Syse 2014). Et kostnadsbevisst, effektivt helsevesen og en adekvat behandling og effektiv omsorg for kreftpasienter fordrer at primær- og spesialisthelsetjenesten samarbeider og koordinerer sine tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Christensen og Læg Reid 2011). For dårlig eller manglende koordinasjon av tjenester både innad i kommunene og mellom de ulike nivåene i det offentlige helsevesenet i Norge var noe av bakgrunnen for Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Samhandlingsreformen

Samhandling er et begrep som benyttes om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen, og den må derfor finne sted i forhandlinger mellom aktørene. Samhandlingsreformen tar sikte på å møte tre særskilte utfordringer: i) mangelen på koordinerte tjenester for pasienter; ii) et svakt fokus på tjenester rettet mot forebygging og iii) endrete sykdomsmønstre som en konsekvens av en aldring av befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). For å møte disse utfordringene, var det påkrevet med store endringer innenfor det offentlige tjenesteapparatet, og de foreslåtte og dels implementerte endringene samsvarer i stor grad med konsepter innenfor post-New Public Management teori hvor det fokuseres på bedret samhandling totalt og et økt fokus på et utstrakt samarbeid mellom regionale og lokale nivåer innenfor helsetjenesteapparatet (Christensen og Læg Reid 2011; Læg Reid, Dyrnes og Rykkja 2013).

I Nasjonal helse- og omsorgsplan sies det at en større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre, og at det er kostnadseffektivt (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Helsedirektoratet 2012). Dette skal bidra til å dempe veksten i spesialisthelsetjenesten. Igangsatte studier ved blant annet Analysesenteret og Frischsenteret fokuserer i stor grad på reduksjon i liggetider og reinnleggelser, og vil i stor grad basere seg på registerdata. Dette er også undersøkt av Rambøll (2012). Det er imidlertid færre studier som undersøker og/eller har undersøkt erfaringene til ulike aktører i tjenesteapparatet med Samhandlingsreformen. Imidlertid er det gjennomført fokusgruppeintervjuer og spørreundersøkelser i administrasjonen i kommuner og sykehus etter innføringen av Samhandlingsreformen (Rambøll 2012) og også undersøkt hvordan sykepleiere i kommunene opplever endringer i arbeidsoppgaver og pasientmasse (Gautun og Syse 2013).

Kreftkoordinatorsatsingen

I kjølvannet av Samhandlingsreformen ble et tre-fire års prøveprosjekt med kreftkoordinatorstillinger i flere norske kommuner igangsatt. Prosjektet ble initiert av Kreftforeningen i 2012, som også finansierer 75 prosent av de totale kostnadene kommunene har i prøveperioden (2014). I følge Kreftforeningen (2012) er kreftkoordinator en person som er ansvarlig for å koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende, for å

samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasientene i kommunen og for å skape og vedlikeholde gode rutiner og systemer for kreftomsorg i kommunene.

Foruten Kreftforeningens egne evalueringer av ordningene med kreftkoordinatorer i kommunene (2013;2014), vet vi ikke om tilgjengelig forskning på dette feltet i Norge. Kunnskapssenteret leverte nylig en kunnskapsoppsummering over effekt av koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene, hvor de oppsummerer funn fra seks internasjonale oversiktsstudier publisert i perioden 2008-2012 (2014). Kun en norsk studie er inkludert, og den ser primært på effekten av koordinerende tiltak på livskvalitet for palliative pasienter (Jordhøy, Fayers, Loge, Ahlner-Elmqvist og Kaasa 2001). En studie av kreftkoordinatorers opplevelse av deres rolle i samhandlingen av kreftomsorgen lokalt, synes derfor relevant.

Formål

Det overordnede formålet med denne studien er å belyse kreftkoordinatorers rolle i samhandling om kreftomsorgen lokalt ved å undersøke kreftkoordinatorers egne erfaringer i flere norske kommuner i løpet av de to første årene som stillingene har eksistert. Fordi ordningen med kreftkoordinatorer i kommunene er et prøveprosjekt, er det viktig at ulike aspekter ved prosjektet belyses for å gi et kunnskapsgrunnlag for videre beslutninger. Forskningsspørsmålet vi stiller er dermed 'Hvilke erfaringer har kreftkoordinatorer gjort seg i sitt arbeid med brukere og samarbeidspartnere, og hva opplever de er resultatet av dette arbeidet?'. Med dette har vi forsøkt å belyse faktorer som kan bidra til å fremme eller hemme en velfungerende tjeneste.

Data og Metode

Både den kvalitative og den kvantitative delen av prosjektet er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har godkjent framgangsmåte, informasjonsskriv til respondenter, spørreskjema og analysemetoder, og alle kvantitative analyser er foretatt på et aidentifisert materiale.

Kvalitative intervjuer

Innledningsvis ble det gjennomført seks kvalitative intervjuer med kreftkoordinatorer og/eller kreftsykepleiere i utvalgte kommuner. Intervjuene ble gjennomført i løpet av august og desember 2013 i tre ulike kommuner, med innbyggertall fra 20 000 til 600 000. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt og varte mellom en og halvannen time hver. De ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. Alle de seks informantene var kvinner, og har arbeidet innen kreftomsorg i flere år. Intervjuene ble gjennomført som samtaler der intervjueren forsøkte å la informantene i størst mulig grad selv fortelle om hvordan de opplever kreftkoordinatorfunksjonen. Det ble utarbeidet en intervjuguide med noen hovedtema og spørsmål i forkant av samtalene, for å sikre at informantene omtalte spørsmålene vi særskilt ønsket å belyse. Intervjuguiden er vist i figur 1.

Figur 1. Kvalitativ intervjuguide

- Fortell om en typisk arbeidsdag...
- Har du god kontakt med sykehus og/eller sykehjem?
- Hvorfor bestemte du deg for å jobbe som kreftkoordinator/kreftsykepleier? Hvor lenge har du hatt jobben du har nå?
- Hvor mange kreftpasienter og/eller kreftoverlevende er du i kontakt med?
- Hvilke områder trenger pasienter oftest hjelp til? Er dette forskjellig fra kurative og palliative pasienter?
- Hvor mye tid bruker du i gjennomsnitt per konsultasjon? Og når tar det lang tid og når tar det kortere tid?
- Hva gjør kommunikasjon med kreftpasienter vanskelig?
- Kan pasienter be deg om å bidra i situasjoner som krever innleggelse?
- Oppfordrer du pasienter til å ta kontakt med onkologiske poliklinikker? I hvilke tilfeller skjer dette, og med hvilken type pasienter?
- Er det en stor andel av kreftpasientene du møter som har behov for hjemmebaserte tjenester? Bidrar du i så fall i denne prosessen?
- Har du et kontaktnettverk du benytter mot private tjenester?
- Bidrar du i opplæring av andre med helsefaglig bakgrunn i arbeidet ditt?
- Hva er det mest utfordrende i arbeidet ditt?
- Er tjenesten godt nok finansiert fra kommunen? Er det hjelpemidler du gjerne skulle hatt tilgang til som du ikke har i dag?
- Hva er det kortsiktige målet med arbeidet ditt? Hva er det langsiktige målet?

Intervjuene ble deretter benyttet i utarbeidelsen av et web-basert spørreskjema som ble sendt til alle landets kreftkoordinatorer som kun dekker en kommune (N=91), fra Kristiansand i sør til Vadsø i nord. Intervjuene ble benyttet til å identifisere relevante spørsmål og svarkategorier. Intervjuene ble også benyttet i tolkningen av resultatene fra den kvantitative undersøkelsen.

Spørreundersøkelse blant kreftkoordinatorer i norske kommuner

I februar 2014 gjennomførte vi en kvantitativ spørreundersøkelse med lukkede svarkategorier blant kreftkoordinatorer i norske kommuner som ikke opererer i et interkommunalt samarbeid. Spørreskjemaet inneholdt totalt 44 spørsmål, og var kategorisert under følgende overskrifter: i) Kjennetegn ved respondenten og kommunen (16 spørsmål); ii) Karakterisering av arbeidet med pasienter (13 spørsmål); iii) Karakterisering av samarbeidet med interne berørte parter i kommunen (10 spørsmål) og iv) Karakterisering av samarbeidet med eksterne berørte parter (5 spørsmål). Spørreskjemaet er tilgjengelig på forespørsel.

Skjemaet ble utarbeidet basert på de kvalitative intervjuene og dels forskning fra utlandet (New South Wales Cancer Institute 2011; New South Wales Cancer Institute 2012). Deretter ble det administrert til de kvalitative informantene. Videre ble det forelagt representanter i Kreftforeningen involvert i koordinatorsatsingen. Etter revidering i tråd med tilbakemeldinger, ble spørsmålene og svarkategoriene pilottestet på et 'bekvemmelighetsutvalg' bestående av kreftsykepleiere med erfaring fra kommunalt kreftomsorgsarbeid, men som ikke arbeider som kreftkoordinatorer. Dette ble gjort for å sikre at spørsmålene og svaralternativene ga tilstrekkelig variasjon. Ideelt sett burde spørreskjemaet blitt testet på en undergruppe kreftkoordinatorer, men fordi Norge er et lite land var dette ikke mulig uten at populasjonen vi skulle sample fra var under risiko for kontaminasjon.

Epostadresser til 91 kreftkoordinatorer som oppfylte disse kriteriene var tilgjengelige på Kreftforeningens hjemmeside (2012). Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av et nettbasert system (LimeSurvey). Via dette systemet ble det sendt det ut en epost med informasjon samt en lenke til selve undersøkelsen, som så ble besvart elektronisk. En anonymisert datafil ble deretter gjort tilgjengelig for oss.

Kvantitative analyser

Fordi det ikke er foretatt analyser som vurderer i hvilken grad enkeltspørsmål måler aggregerte konstruksjoner, som for eksempel grad av samarbeid, er hvert spørsmål behandlet individuelt i analysene. Ingen spørsmål er derfor sammenstilt for å måle konstruerte kategorier utover det som ble direkte etterspurt. Av den grunn er ikke beregninger fra faktoranalyse foretatt (se *Metodiske begrensninger og generaliserbarhet*).

Deskriptive statistiske analyser ble foretatt ved hjelp Stata 12. Kji-kvadratsanalyser ble benyttet i sammenlikningsanalyser for å teste for statistisk signifikans på fem prosents nivå.

Resultater

Noen kjennetegn ved respondentene

Tilsammen 47 kreftkoordinatorer besvarte undersøkelsen (52 %), og alle var sykepleiere (Tabell 1). Halvparten arbeidet i en halvtidsstilling som kreftkoordinator, mens den andre halvparten arbeidet i fulltidsstillinger. Få arbeidet i kommuner med veldig få eller veldig mange innbyggere. Over halvparten hadde arbeidet i rundt to år som kreftkoordinator, mens 38 prosent hadde hatt stillingen i rundt ett år. Kun tre respondenter hadde innehatt stillingen i mindre enn ett år. Hele 72 prosent hadde vært ansatt fem år eller lengre i kommunehelsetjenesten, og 85 prosent hadde arbeidet minst fem år innen kreft/palliasjon. Alle unntatt én respondent hadde videreutdanning i sykepleie.

Tabell 1. Karakteristikk ved kreftkoordinatorer i norske kommuner			
	N	% ^a	
Alder	< 30 år	0	0.0
	30-39 år	17	36.2
	40-49 år	17	36.2
	≥ 50 år	13	27.6
	Missing	0	
Stillingsandel som koordinator	50%	19	50.0
	100%	19	50.0
	Missing	9	
Kommunestørrelse	≤ 3000 innbyggere	1	2.5
	3001-10 000 innbyggere	10	25.0
	10 001-20 000 innbyggere	10	25.0
	20 001-50 000 innbyggere	13	32.5
	≥ 50 000 innbyggere	6	15.0
	Missing	7	
Arbeidserfaring som kreftkoordinator	< 6 måneder	1	2.5
	6-11 måneder	2	5.0
	Rundt 1 år	15	37.5
	Rundt 2 år	22	55.0
	Missing	7	
	Arbeidserfaring i kommunehelsetjenesten		
< 5 år	13	27.7	
≥ 5 år	34	72.3	
Missing	0		
Arbeidserfaring innen kreft/palliasjon	< 5 år	6	15.4
	5-10 år	14	35.9
	> 10 år	19	48.7
	Missing	8	
	Utdanningsbakgrunn		
Sykepleier uten videreutdanning	1	2.1	
Sykepleier med videreutdanning	46	97.9	
Annen helsefaglig bakgrunn	0	0.0	
Missing	0		
Videreutdanning innen kreft/palliasjon	Ja	35	94.6
	Nei	2	5.4
	Missing	10	

^aKun de som besvarte det aktuelle spørsmålet er inkludert i prosentandelen som er vist. Antallet respondenter som svarte og antallet missing er vist i kolonnen til venstre.

Trekk ved samarbeidsprosesser i implementeringsfasen og i det daglige arbeidet

Resultatene som presenteres her er vist i mer detalj i Tabell 2 og 3. Hele 58 prosent av respondentene indikerte at det har tatt ni måneder eller mer å gjøre kreftkoordinatorstillingen kjent i kommunen. Videre oppga 60 prosent av kreftkoordinatorene at det har tatt ni måneder eller mer å opprette et effektivt nettverk som består av organisasjoner og instanser som kan bidra til å hjelpe den enkelte kreftpasient i kommunen. Litt over halvparten (51 %) oppga at kreftkoordinatorstillingen var synliggjort i stor grad, mens de resterende oppga at stillingen var synliggjort i noen grad.

Tabell 2. Trekk ved kreftkoordinatorers arbeidssituasjon i norske kommuner

	N	% ^a
Oppbygging og implementering		
Tid nødvendig for å gjøre kreftkoordinatorstillingen kjent i kommunen		
< 4 måneder	9	23.7
5-8 måneder	7	18.4
9-12 måneder	12	31.6
> 12 måneder	10	26.3
Missing	9	
Tid nødvendig for å lage et effektivt nettverk som består av organisasjoner og instanser som kan hjelpe til hver enkelte kreftpasienten i kommunen		
< 4 måneder	6	17.1
5-8 måneder	8	22.9
9-12 måneder	9	25.7
> 12 måneder	12	34.3
Missing	12	
Opplæringstiltak		
Ja, fått opplæring i kommunikasjon med pasienter	16	42.1
Nei, det har det ikke vært tilbud om	15	39.5
Nei, jeg har ikke følt behov for dette	7	18.4
Missing	9	
Daglige arbeidsoppgaver		
Veilednings- og opplæringsvirksomhet av pasienter og deres pårørende i kommunen		
Hver uke	13	35.1
Hver fjortende dag	3	8.1
Hver måned	13	35.1
Sjelden eller aldri	8	21.6
Missing	10	
Arbeidstid brukt på helsearbeidere, pårørende og andre aktører (ikke pasienter)		
< 30 %	8	20.5
30-50 %	30	76.9
> 50 %	1	2.6
Missing	8	
Veilednings- og opplæringsvirksomhet av hjemmebaserte sykepleiere eller andre helsearbeidere i kommunen		
Hver uke	5	13.2
Hver fjortende dag	5	13.2
Hver måned	17	44.7
Sjelden eller aldri	11	28.9
Missing	9	
Kontakt med pasienter^b		
Henvist fra fastlege	28	70.0
Henvist direkte fra sykehus	38	95.0
Henvist fra andre kommunale tjenester	30	75.0
Kreftpasienter tar selv kontakt	30	75.0
Kreftkoordinator får en oversikt fra spesialisthelsetjenestene og kontakter disse direkte	3	7.5
Missing	6	
Tid brukt i gjennomsnitt per konsultasjon		
Rundt to timer	13	32.5
Rundt en time	23	57.5
Stor variasjon	4	10.0
Missing	7	

^aKun de som besvarte det aktuelle spørsmålet er inkludert i prosentandelen som er vist. Antallet respondenter som svarte og antallet missing er vist i kolonnen til venstre. ^bHer kunne respondentene krysse for flere svaralternativer, og prosentene summerer seg derfor ikke til 100.

Pasienter henvises direkte fra sykehus, men også fra fastleger og andre kommunale tjenester. Kreftpasienter finner også selv informasjon om kreftkoordinatorer på nettet eller etter kontakt med Kreftforeningen. Rundt en tredjedel av respondentene (72 %) svarte at mer enn 40 % av pasientene de møter har tatt direkte kontakt selv, uten først å ha vært i kontakt med andre tjenester i kommunen.

Kreftkoordinatorer benytter tiden sin først og fremst i direkte kontakt med pasienter og pårørende, og driver blant annet med opplæring og veiledning. Tidsbruken på enkeltkonsultasjoner varierer markert, men rundt 58 prosent oppga at de i gjennomsnitt bruker en time per konsultasjon. Rundt 42 prosent av kreftkoordinatorene har fått opplæring i kommunikasjon med pasienter. Av de 58 prosentene som ikke har fått slik opplæring, oppgir 18 prosent at de ikke har følt behov for dette. Tre fjerdedeler (75 %) av respondentene oppga

at de stort sett kommuniserer meget godt med pasienter og 23 prosent at de stort sett kommuniserer godt. Kontakten foregår oftest ved besøk (95 %), og dernest telefonsamtaler (73 %) og epost (10 %). Flere alternativer kunne velges og prosentene summerer ikke til 100.

Kreftkoordinatorer benytter også en stor del av sin arbeidstid til veiledning og samhandling med annet helsepersonell, og 71 prosent gjør dette minst på månedlig basis, men det er stor variasjon. Om lag halvparten (35 prosent) gjør dette minst ukentlig. Over tre fjerdedeler oppga at de benytter rundt 30-50 prosent av arbeidstiden sin i samhandling med helsearbeidere, pårørende og andre berørte parter. Over 80 prosent oppga at samarbeidet med onkologiske poliklinikker i nærområdet, kreftsykepleiere i kommunen, palliativt team og andre palliative medarbeidere fungerer meget godt eller godt, mens henholdsvis 70 og 60 prosent oppga at dette gjaldt for samarbeidet med sykehjem og fastleger. Når det gjelder samarbeid med skoler og barnehager, oppga kun 33 prosent at dette fungerer meget godt eller godt, og likeledes var det kun 28 prosent som svarte dette for samarbeidet med NAV. Rundt en tredel (33 %) oppga at samarbeidet med NAV fungerer nokså dårlig eller dårlig.

Tabell 3. Beskrivelse av hvordan ordningen fungerer i dag, sett fra kreftkoordinatorers side

	N	% ^a
Hvordan fungerer samarbeidet med andre instanser?		
Samarbeidet med onkologiske poliklinikker i nærområdet fungerer		
Stort sett meget godt	17	43.6
Stort sett godt	16	41.0
Ikke så verst	5	12.8
Nokså dårlig	1	2.6
Missing	8	
Samarbeidet med fastleger fungerer		
Stort sett meget godt	4	10.0
Stort sett godt	20	50.0
Ikke så verst	11	27.5
Nokså dårlig	5	12.5
Missing	7	
Samarbeidet med sykehjem fungerer		
Stort sett meget godt	11	27.5
Stort sett godt	17	42.5
Ikke så verst	9	22.5
Nokså dårlig	3	7.5
Missing	7	
Samarbeidet med kreftsykepleiere og sykepleiere med videre utdanning i palliasjon fungerer		
Stort sett meget godt	19	51.4
Stort sett godt	15	40.5
Ikke så verst	3	8.1
Missing	10	
Samarbeidet med NAV fungerer		
Stort sett meget godt	2	5.1
Stort sett godt	9	23.1
Ikke så verst	15	38.5
Nokså dårlig	11	28.2
Dårlig	2	5.1
Missing	8	
Samarbeidet med skoler og barnehager fungerer		
Stort sett meget godt	3	9.1
Stort sett godt	8	24.2
Ikke så verst	17	51.5
Nokså dårlig	4	12.1
Dårlig	1	3.0
Missing	14	
Hvordan fungerer samarbeidet rundt pasienter?		
Kommunikasjonen med pasienter fungerer		
Stort sett meget godt	30	75.0
Stort sett godt	9	22.5
Ikke så verst	1	2.5
Missing	7	
I hvilken grad er kreftkoordinatorer i stand til å møte pasientenes behov?		
Stort sett meget godt	16	40.0
Stort sett godt	23	57.5
Ikke så verst	1	2.5
Missing	7	
Bidrar kreftkoordinatorer til en bedret trygghet for kreftpasienter?		
Ja, det mener jeg bestemt	20	52.6
Ja, det tror jeg	16	42.1
Jeg vet ikke	2	5.3
Missing	9	
I hvilken grad er kreftkoordinatorstillingen synliggjort overfor pasienter og pårørende?		
I stor grad	20	51.3
I noen grad	19	48.7
I liten grad	0	0.0
Missing	8	

^aKun de som besvarte det aktuelle spørsmålet er inkludert i prosentandelen som er vist. Antallet respondenter som svarte og antallet missing er vist i kolonnen til venstre.

Kji-kvadratsanalyser viser at 78 prosent av kreftkoordinatorer som har jobbet i kommunen i fem år eller lengre oppga at de kommuniserer godt med fastleger, mens dette kun gjaldt 23 prosent av de som hadde kortere erfaring i kommunen ($p=0,001$). Av de som hadde jobbet mer enn ti år med kreft/palliasjon, oppga hele 84 prosent at de kommuniserer godt med fastleger, mens dette var tilfellet for 43 prosent av de som hadde 5-10 års erfaring innen fagområdet, og bare 17 prosent for de med mindre erfaring ($p<0,01$). Likeledes oppga 46 prosent av de med lang fartstid at de kommuniserer godt med NAV, mens dette bare gjaldt åtte prosent av de med kortere fartstid. Dette understrekes ved at 96 prosent av de med lengre enn fem år fartstid i kommunen oppga at de deltar på møter minst månedlig med

samarbeidspartnere (inkludert fastleger), mens dette kun gjaldt 46 prosent av de med kortere fartstid ($p < 0,001$). Det var også en signifikant forskjell i regelmessig møtedeltakelse med samarbeidspartnere mellom kreftkoordinatorer i hel (94 %) og halv (65 %) stilling på dette området ($p = 0,02$).

Områder hvor forbedringer kan være nyttige

Rundt 64 prosent av respondentene var stort sett fornøyd med mulighetene de har fått til å gjøre jobben sin, men 22 prosent oppga at de synes det er utfordrende å løse oppgavene innenfor rammene de har til rådighet og 14 prosent oppga at de ikke føler de strekker til i oppfølgingen av pasienter og pårørende. Likevel oppga 40 prosent at de stort sett greier å møte pasientenes behov meget godt, og 58 prosent at de greier dette godt.

Tabell 4. Områder med forbedringspotensiale, sett fra kreftkoordinatorers side

	N	% ^a
Forbedringer innen kommunikasjon		
Hva slags endringer i samarbeidet med berørte parter er nødvendig for å forbedre kreftkoordinatorens arbeid og gjøre det mer effektivt?^b		
Bedre kommunikasjon og samarbeid med sykehus	28	70.0
Bedre kommunikasjon og samarbeid med fastleger om nye og eksisterende pasienter	10	25.0
Bedre kommunikasjon og samarbeid med sykehjem	5	12.5
Bedre kommunikasjon og samarbeid med kreftsykepleiere	7	17.5
Bedre kommunikasjon og samarbeid med palliativ team	4	10.0
Bedre kommunikasjon og samarbeid med private helsetjenester	11	27.5
Bedre kommunikasjon og samarbeid med koordinerende enheten i kommunen	33	82.5
Bedre kommunikasjon og samarbeid med kommunale tjenester og organisasjoner (NAV, barnehager, helsesøstre, sosionom osv.)	29	72.5
Missing	8	
Negative konsekvenser av manglende samarbeid og koordinering		
Kreftkoordinatoren kan ikke bidra tilstrekkelig i forhold til pasientens eller pårørendes behov på grunn av manglende samarbeid med andre aktører og berørte parter		
Aldri	3	7.7
Sjelden	21	53.8
Av og til	13	33.3
Oftre	2	5.1
Missing	8	

^aKun de som besvarte det aktuelle spørsmålet er inkludert i prosentandelen som er vist. Antallet respondenter som svarte og antallet missing er vist i kolonnen til venstre. ^bHer kunne respondentene krysse for flere svaralternativer, og prosentene summerer seg derfor ikke til 100.

Som vist i tabell 4, etterlyste kreftkoordinatorer et bedre samarbeid med sykehus, koordinerende enheter i kommunehelsetjenesten og andre kommunale instanser som NAV, helsesøstre, sosialarbeidere med flere. Fem prosent rapporterte at manglende samarbeid med berørte parter ofte er grunnen til at de ikke klarer å møte kreftpasienters eller pårørendes behov, mens 33 prosent rapporterte at dette oppstår av og til. Imidlertid oppga 62 prosent at dette hender sjelden eller aldri.

Metodiske begrensninger og generaliserbarhet

De kvalitative intervjuene ble ikke gjennomført tilfeldig. Kreftkoordinatorer og kreftsykepleierne ble primært valgt ut av hensyn til geografisk tilgjengelighet. Imidlertid ble ett intervju gjort ut fra en 'best practice' tilnærming, da Kreftforeningen anbefalte oss å ta kontakt med en bestemt kommune de mener har lyktes særdeles godt.

Vi benyttet et elektronisk lukket spørreskjema for å framskaffe kvantitative data fra en størst mulig andel kreftkoordinatorer i Norge. Denne typen undersøkelse har generelt minst tre positive trekk: allsidighet, effektivitet og generaliserbarhet (Chambliss og Schutt 2010). Likevel er det også begrensninger ved en slik framgangsmåte. Motivasjonen for deltakelse

kan være lav og vanskeliggjøre en adekvat svarprosent (Burns 2000). Vår svarprosent var på over 50 prosent, som er relativt høyt for denne typen undersøkelse men relativt lavt gitt at undersøkelse ble forankret i Kreftforeningen. Imidlertid har vi ikke informasjon om karakteristika ved respondentene som ikke svarte, og kan derfor ikke vurdere hvordan seleksjon i deltakelse har påvirket resultatene våre. Videre er det et kjent problem at det kan være en betydelig andel ubesvarte spørsmål i besvarte skjema (Chambliss og Schutt 2010). For å minimere dette problemet, benyttet vi en struktur med fire grupper av spørsmål med undertitler. Likevel hadde vi en relativt stor andel ubesvarte spørsmål, som kan leses av antallet *missing* i tabellene. Så vidt vi kan bedømme, var det ikke særskilte trekk ved spørsmålene som ble besvart sammenliknet med de som ikke ble det. Den klart høyeste andelen *missing* kom som følge av spørsmålet omkring samarbeid med skoler og barnehager. På spørsmålene som omhandlet eksternt samarbeid, burde vi kanskje hatt en kategori som anga 'Vi har ikke slikt samarbeid' eller 'Vet ikke', da spørsmålet slik det ble stilt forutsatte et *faktisk* samarbeid. Dette kan vi imidlertid ikke vite, gitt svarkategoriene som ble benyttet. Avslutningsvis kan denne typen undersøkelse påvirkes av informasjonsbias. Vi kan ikke undersøke dette, men anonymiteten ved undersøkelsen ble understreket overfor respondentene og dette kan ha bidratt til å minimere denne typen bias.

Spørsmålene og svarkategoriene ble utarbeidet basert på spørreskjema fra andre land (New South Wales Cancer Institute 2011; New South Wales Cancer Institute 2012) og kvalitative intervjuer med norske informanter. Fordi vi hadde tilgang til en begrenset mengde respondenter, var det ikke mulig å gjennomføre en formell validering av skjemaet. En slik validering kunne bidratt til svarkategorier med større variasjon. I vår undersøkelse er variasjonen generelt liten, noe som vanskeliggjør tolkningen av enkelte resultater. Videre kunne en formell validering gitt oss mulighet til å sammenstille enkeltspørsmål i mer overordnede kategorier. Vi skulle gjerne gjort grundigere analyser, men vi tror ikke spørreskjemaet er tilstrekkelig godt fundert til å gå videre med denne typen analyser. Imidlertid tror vi at våre eksplorerende undersøkelser på dette området kan brukes i videre forskning, og også gi en pekepinn på områder hvor mer kunnskap vil være nyttig. Det begrensede antallet respondenter og den relativt lave variasjonen i svarene gjorde at det ikke var mulig å analysere materialet ved hjelp av multivariate metoder. Det er derfor kun foretatt deskriptive analyser. Fordi det kan være karaktertrekk ved respondenter og/eller rolleopplevelsen som samvarierer med andre trekk, er dette uheldig. Videre er det vår vurdering at selv med en svarprosent på rundt 50 prosent, vil grundigere analyser av karaktertrekk ved de som valgte *ikke* å delta være nødvendig for sikre et valid spørreskjema som kan gi sikrere konklusjoner, både om kreftkoordinatorvirksomheten generelt samt for generalisering utover de respondentene som valgte å delta her.

Denne studien undersøker utelukkende kreftkoordinatorers egne erfaringer. Videre forskning bør inkludere perspektiver også fra pasienter, pårørende og øvrig helsepersonell. Det vil også være hensiktsmessig å sammenlikne kreftomsorg i kommuner med og uten kreftkoordinatorer.

Diskusjon

Studien har belyst kreftkoordinatorers rolle i samhandling om kreftomsorg lokalt ved å undersøke kreftkoordinatorers egne erfaringer. Vi har forsøkt å belyse faktorer som kan bidra til å fremme eller hemme en velfungerende tjeneste. Fordi ordningen med kreftkoordinatorer i kommunene er et prøveprosjekt, er det viktig at ulike aspekter ved prosjektet belyses for å gi et kunnskapsgrunnlag for videre beslutninger.

Tolkning av funn

Vår studie bidrar til å synliggjøre det utstrakte samarbeidet kreftkoordinator har med ulike etater i kommunen. Samhandlingen internt i det kommunale helse- og omsorgsapparatet i det store og hele rapporteres fra kreftkoordinatorers ståsted å fungere relativt godt. Et unntak her er samarbeidet med fastleger, som i en større utstrekning synes å fungere mindre bra og hvor det kan tyde på at det er rom for forbedringer. Likeledes rapporteres det om mindre vellykket samarbeid med NAV, skoler og barnehager, hvor det således også kan eksistere et forbedringspotensial. Det var imidlertid en relativt høy andel som ikke besvarte spørsmålet om samarbeid med skoler og barnehager, og dette bør derfor undersøkes nærmere i videre studier.

Samarbeidet mellom kreftkoordinatorer og andre berørte parter synes å være påvirket både av karakteristika ved kreftkoordinatorer selv, som for eksempel fartstid i kommunen og erfaringsbakgrunn fra kreft/palliasjon, men også av stillingshjemmelens størrelse. Det rapporteres om bedre samhandling fra kreftkoordinatorer som innehar fulle stillingshjemler som koordinatorer sammenliknet med de som innehar en mindre stillingsprosent. Slik sett kan det synes som om samarbeidet er best i de kommunene hvor det er avsatt betydelige ressurser til denne typen arbeid, og hvor ansatte som er godt kjent i kommunen fra før har fått koordinatoransvaret.

Under halvparten av respondentene har tatt del i opplæringstiltak rettet mot kommunikasjon med pasienter. Likevel oppga hele tre fjerdedeler av respondentene at de stort sett kommuniserer meget godt med pasienter. Hvorvidt dette kan forklares ved at majoriteten har lang erfaring med pasientarbeid og dermed kommunikasjon, er ikke entydig. En oversiktsstudie fra 2005 fant at kommunikasjonen mellom helsearbeidere og kreftpasienter kan bedres vesentlig ved ulike former for strukturert opplæring, og anbefaler dette (Gysels, Richardson og Higginson 2005). En oversiktsstudie fra 2010 fant imidlertid ikke slike positive effekter av opplæring, og anbefaler mer forskning på en mulig effekt (Uitterhoeve, Bensing, Grol, Demulder og van Achterberg 2010). En Sveitsisk studie blant kreftsykepleiere viste at formell opplæring i kommunikasjon hadde en positiv effekt også blant de med lang erfaring fra pasientarbeid (Langewitz, Heydrich, Nübling, Szirt, Weber og Grossman 2010). Dette kan kanskje indikere at erfaring ikke nødvendigvis kan erstatte formell kommunikasjonstrening, men mer kunnskap på dette området synes nødvendig.

Kommunikasjonsformene som hyppigst benyttes er besøk og telefonsamtaler, mens epost benyttes i liten grad. Dette kan reflektere at kreft er en sykdom som er mest vanlig blant eldre, og at eldre kanskje foretrekker de to førstnevnte kommunikasjonsformene. Dette er imidlertid ikke undersøkt. Kontakt med kreftkoordinatorer er ment å være et lavterskeltilbud i kommunene, og kanskje reflekteres nettopp dette ved at en stor andel kreftkoordinatorer oppga at pasienter ofte tar direkte kontakt.

Sammenlikning med resultater fra andre nasjonale og internasjonale prosjekter

Når vi sammenlikner våre resultater med resultater fra tilsvarende internasjonale prosjekter, synes det å være flere sammenfallende positive konsekvenser, men også sammenfallende utfordringer knyttet til samhandling. Evalueringen av et australsk kreftkoordinatorprosjekt fra New South Wales som ble lansert i 2004 har vist at kreftkoordinatorer har bidratt til en bedret koordinering, mer direkte omsorgslevering og en større grad av tverrfaglig, pasientsentrert omsorg (New South Wales Cancer Institute 2011; New South Wales Cancer Institute 2012). Samtidig ble det også konkludert med at kreftkoordinatorers samarbeid og samhandling med flere helseaktører, og da særlig allmennleger og helsearbeidere i tverrfaglige team, ikke er godt nok og bør forbedres.

På nasjonalt nivå i Norge er det de siste årene implementert en ordning med koordinatorene for en individuell plan (IP) for mennesker med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet 2011; Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Evalueringer av ordningen tyder på at koordinering av individuell omsorg har bidratt til å bedre kommunikasjonen og samhandlingen mellom brukere av tjenester og IP-koordinatorene (Helsedirektoratet 2011). En manglende samhandling med berørte parter i kommunene har imidlertid ført til vanskeligheter med å gi effektiv tilgang til nødvendige tjenester. På dette området synes det å være sammenfallende funn for denne typen koordineringsaktivitet. I følge Kreftforeningen kan kunnskap som er opparbeidet rundt kreftkoordinatorrollen ha overføringsverdi til andre pasientgrupper som demens, KOLS og diabetes (2014). Dette bør undersøkes nærmere.

Kreftforeningen er både initiativtaker og oppfølgingsansvarlig for kreftkoordinatorprosjektet. På områder hvor våre funn kan sammenliknes, er det stor grad av samsvar (Kreftforeningen 2014). For eksempel finner både Kreftforeningen at kreftkoordinatorer primært samarbeider med helsepersonell og helseorganisasjoner som sykepleiere, kreftsykepleiere, onkologiske poliklinikker og kreftavdelinger, og i mindre grad med NAV, skoler og barnehager. Dette samsvarer godt med våre funn. Da våre respondenter utgjør om lag halvparten av respondentene i Kreftforeningens rapporteringssystem, er dette ikke overraskende. Kreftforeningens rapport viser at nesten 90 prosent oppgir at de bruker veldig eller ganske mye av tiden til tverrfaglig og tverretattlig samhandling, som er noe høyere enn det vi finner. Likeledes gjelder for direkte pasient- og pårørendearbeid (2014). Satsingens intensjon er å nå kreftpasienter og pårørende med koordineringsbehov i alle faser av pasientforløpet. Hovedinntrykket fra Kreftforeningens rapport er at det er flest pasienter med palliativt behandlingsmål som bruker tjenesten (2014). Dette samsvarer med informasjonen fra våre kvalitative intervjuer, men ble ikke direkte etterspurt i det kvantitative spørreskjemaet. Kreftforeningen antyder at det videre arbeidet bør fokusere på en sterkere forankring av kreftkoordinatorrollen hos befolkningen, myndigheter, alliansepartnere, og i kommunenes plan- og rapporteringssystem, for å sikre en varig satsing. Samtidig påpeker Kreftforeningen at nok vil være viktig å vise at tilbudet er kostnadseffektivt. I tråd med dette, etterlyser de brukerundersøkelser for å supplere funnene og rapporteringene fra kreftkoordinatorerne (2014). Slik vi ser det, er det uklart i hvor stor grad kreftkoordinatorrollen er forankret, og hvorvidt tilbudet er kostnadseffektivt. Dette er imidlertid ikke undersøkt her. Kreftforeningen er forsiktig i sine konklusjoner om hvorvidt utdanningsbakgrunn og organisatorisk plassering spiller en avgjørende rolle for intern samhandling. Også dette er i tråd med våre funn.

En oppsummering av forskning på effekten av å ha egne koordinatorstillinger i kommunene for personer med kreft er nylig utgitt fra Kunnskapssenteret (2014). Målet var å gi svar på hvorvidt koordinerende tiltak bidrar til bedre livskvalitet for kreftpasienter og deres pårørende. Oppsummert kan koordinerende tiltak i kommunene øke livskvaliteten hos kreftpasienter, men det er ikke entydig hvorvidt slike tiltak bedrer symptomer eller fører til at pasientene deltar mer aktivt i beslutninger om egen behandling eller gir økt tilfredshet med bruk av helsetjenester. Det synes heller ikke som om koordinerende tiltak forbedrer funksjon, fysisk eller psykologisk. De ulike oversiktene har et ulikt fokus, og det er særlig studiene av Aubin, Giguere, Martin, Verreault, Fitch og and Kazanjian (2012), Khan, Ward, Watson, Austoker og Rose (2011) og Wulff, Thygesen, Sondergaard og Vedsted (2008) som er aktuelle for vår del. I disse studiene er det ikke entydige resultater når det gjelder effekten av koordinerende tiltak på livskvalitet hos pasienter eller pårørende (Aubin et al. 2012; Khan et al. 2012). Det er heller ikke noe som tyder på at koordinering gir en bedre deltakelse i beslutninger rundt ens egen kreftbehandling (Aubin et al. 2012). Avslutningsvis er det heller ikke opplagt at koordinering har en effekt på symptomer eller helserelaterte plager (Wulff et al. 2008).

Kreftkoordinatorprosjektet er relativt kostbart (Kreftforeningen 2012). I et kost-nytte perspektiv synes det foreløpig uklart hvorvidt generelle koordinatorene kan og/eller bør koordinere omsorgen også for kreftpasienter, eller om spesifikke koordinatorene for ulike diagnoser og/eller problemområder er mest hensiktsmessig. Dette understøttes også av Kunnskapssenterets oppsummering (2014). Kostnadseffektiviteten av kreftkoordinatorstillinger etterspørres også i en evaluering av et prosjekt i New Zealand (Collinson, Foster, Stapleton og Blakely 2013), selv om potensialet som framheves her er relativt positivt og optimistisk. Andelen eldre vil øke sterkt i Norge framover, og sykelighet øker med økende alder (Syse og Pham 2014; Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Dette betyr eldre brukere med flere ulike diagnoser og sammensatte behov på sikt vil utgjøre en økende andel av brukere i kommunene.

Konklusjon

Sykepleiere i kreftkoordinatorstillinger i norske kommuner oppgir at de bidrar i samhandlingsarbeidet lokalt, og at de er til nytte for både pasienter, pårørende og øvrig helsepersonell. I så måte kan de ha påvirket kreftomsorgen lokalt på en positiv måte. Kreftkoordinatorstilbudet er et lavterskeltilbud, og både kreftpasienter og pårørende kan selv ta direkte kontakt.

Kreftforekomsten vil øke som følge av en aldrende befolkning, og sette press på kommunehelsetjenesten i årene framover. Hvorvidt kreftkoordinatorstillinger har bidratt til en vesentlig bedring i koordineringen av tjenester for kreftpasienter og deres pårørende er det for tidlig å konkludere om, og det synes heller ikke som det er særlig støtte for dette internasjonalt. Perspektiver fra pasienter, pårørende og øvrig helsepersonell i kommunen vil være av betydning for å karakterisere kreftkoordinatorers rolle. Det er viktig å undersøke om eventuelle fordeler står i samsvar med kostandene ved tilbudet. Det er imidlertid lite forskning på dette området, og mer kunnskap om dette temaet vil være relevant. Kreftomsorgen i kommuner som har implementert kreftkoordinatorstillinger bør derfor sammenliknes med den som tilbys i kommuner som har valgt ikke å opprette slike stillinger. Våre resultater kan tyde på at selv om det rapporteres om områder hvor manglende koordinering hindrer en best mulig

kreftomsorg i norske kommuner, oppgir en stor andel kreftkoordinatorer at de bidrar i arbeidet med å øke graden av samhandling i den lokale kreftomsorgen.

Litteratur

Aubin M, Giguere A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A (2012) Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. Cochrane database of systematic reviews. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786508> (Nedlastet 30.1.2015)

Burns R (2000) *Introduction to Research Methods*. 4th ed. London: SAGE

Chambliss D og Schutt R (2010) *Making Sense of the Social World: Methods of Investigation*. 2nd ed. London: SAGE

Christensen T og Lægveid P (2011) Chapter 2. Post-NPM Reforms: Whole of Government Approaches as a New Trend. I Groeneveld S. og de Walle S. (red.) *New Steering Concepts in Public Management*. London: Emerald Group Publishing Limited

Collinson L, Foster RH, Stapleton M, Blakely T (2013) Cancer care coordinators: what are they and what will they cost? *New Zealand Medical Journal*, 126(1381):75-86

Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers F, Parkin DM (2010) GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Tilgjengelig fra: <http://globocan.iarc.fr> (Nedlastet 8.12.2013)

Fiva JH, Hægeland T, Rønning M, Syse A (2014) Access to Treatment and Educational Inequalities in Cancer Survival. *Journal of Health Economics*, 36:98–111

Gautun H og Syse A (2013) Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA-rapport nr. 8/13

Gysels M, Richardson A, Higginson IJ (2005) Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer*, 13(6):356-66

Helsedirektoratet (2011) Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Documents/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf> (Nedlastet 20.2.2014).

Helsedirektoratet (2012) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen/Sider/default.aspx> (Nedlastet 17.5.2013)

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (Nedlastet 17.5.2013)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/31.html?id=639211> (Nedlastet 2.1.2014)

Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S (2001) Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 19(18):3884-94

Khan NF, Ward A, Watson E, Austoker J, Rose PW (2008) Long-term survivors of adult cancers and uptake of primary health services: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 44(2):195-204

Kreftforeningen (2012) Kreftkoordinator. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreftforeningen/satsinger/kreftkoordinator/> (Nedlastet 17.5.2013)

Kreftforeningen (2012) Kreftkoordinator i kommunen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/> (Nedlastet 2.12.2014)

Kreftforeningen (2013) Kreftkoordinatorsatsingen. Første resultatrapportering fra kreftkoordinatorer og ledelse i kommunene – vår 2013. Oslo: Kreftforeningen

Kreftforeningen (2014) Kreftkoordinatorsatsingen. 2. resultatrapportering fra kreftkoordinatorer og ledelse i kommunene – høsten 2013. Oslo: Kreftforeningen

Kreftforeningen (2012) Årsrapport. Tilgjengelig fra: https://kreftforeningen.no/PageFiles/194/Årsrapport_2012.pdf (Nedlastet 15.1.2014)

Kreftregisteret (2014) Cancer in Norway 2012. Tilgjengelig fra: http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2012/CIN_2012.pdf (Nedlastet 2.7.2014)

Kunnskapssenteret (2014) Effekt av koordinerende tiltak for kreftpasienter i kommunene. Rapport nr. 15. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-koordinerende-tiltak-for-kreftpasienter-i-kommunene> (Nedlastet 30.1.2015)

Langewitz W, Heydrich L, Nübling M, Szirt L, Weber H, Grossman P (2010) Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10):2266-77

Lægreid P, Dyrnes ÅN, Rykkja LH (2013) Public Sector Reform in Norway: Views and Experiences from Senior Executives. Country Report as part of the COCOPS Research Project. Tilgjengelig fra: http://www.cocops.eu/wp-content/uploads/2013/06/Norway_WP3-Country-Report.pdf (Nedlastet 2.12.2014)

New South Wales Cancer Institute (2011) Evaluation of the role of Cancer Care Coordinator. Tilgjengelig fra: <http://www.cancerinstitute.org.au/media/147968/summary%20report%20minus%20es.pdf> (Nedlastet 17.5.2013)

New South Wales Cancer Institute (2012) Evaluation of reports of the cancer services infrastructure support program. Tilgjengelig fra: http://www.cancerinstitute.org.au/media/159078/e12-02708_evaluation-cancer-services-infrastructure-support-program_summary%20report.pdf (Nedlastet 17.5.2014)

Rambøll Management Consulting (2012) Utskrivningsklare pasienter- endrer praksis seg? KS-rapport desember 2012. Oslo: KS

Stortinget (2011) Meld. St. 16 (2010-2011), Innst. 422 S (2010-2011). Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015). Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=49361> (Nedlastet 17.5.2013)

Syse A og Pham D (2014) Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser*, 4/2014

Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PH, van Achterberg T (2010) The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19(4):442-57

Wulff CN, Thygesen M, Sondergaard J, Vedsted P (2008) Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. *BMC health services research*, 8(227):1-10