



**Søknad om midler til forbedringsprosjekter i Helse Midt-Norge 2014:
Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital,
Orkdal og Trondheim.**

Herved oversendes søknad om midler til forbedringsprosjekter i Helse Midt-Norge. Søknaden utgår fra Kreftklinikken, St. Olavs Hospital.

Vi søker om tilskudd til stillingsressurser i tråd med målene i Strategi 2020; en 100 % stilling for fastlege og en 100 % stilling for sykepleier som begge skal arbeide ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus og i kommunehelsetjenesten, samt en 100 % stilling for sekretær som skal arbeide ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim (50 %) og ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus (50 %). Fokus for arbeidet vil være å bedre kreftomsorgen basert på standardiserte pasientforløp. Forløpene vil bli implementert gjennom strukturert samhandling mellom ulike faggrupper både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det vises til søknad samt vedlagte prosjektbeskrivelse for «Orkdalsmodellen» og prosjektsammendrag for «EIR» for ytterligere detaljer.

Trondheim, 7. april 2014

Anne Kari Knudsen, MD, PhD

Daglig leder, Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge

**Søknad om midler til forbedringsprosjekter i Helse Midt-Norge 2014:
Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, Orkdal og
Trondheim**

Innholdsfortegnelse

1.0 Basisopplysninger om prosjektet	3
1.1 Formål og problemstilling	3
1.2 Litteraturgjennomgang/gjennomgang av kunnskapsgrunnlag på området	6
1.2.1 Kreft og palliasjon	6
1.2.2 Integrasjon mellom onkologi og palliasjon gir bedre pasientbehandling.....	6
1.2.3 Palliasjon i Norge og standardisert pasientforløp	7
1.3 Prosjektgjennomføring	7
1.3.1 Legestillingen	8
1.3.2 Sykepleierstilling.....	9
1.3.3 Sekretær/pasientflytkoordinator	10
1.3.4 Oppnådde resultater i forrige prosjektperiode.....	11
1.3.5 Fremdriftsplan og viktige milepæler	12
1.4 Plan for evaluering og dokumentasjon av resultater	12
1.5 Vurdering av prosjektets betydning for forbedring av dagens praksis.....	14
1.6 Formidling og videreføring	14
1.7 Mulighet for erfaringsoverføring til andre enheter/foretak	15
1.8 Prosjektbudsjett	15
1.9 Referanser.....	16

1.0 Basisopplysninger om prosjektet

- Prosjektkategori: Både bedre oppgavedeling og samhandling
- Prosjektets kategorisering i forhold til satsningsområder for utlysningen i 2014:
 - Ressursplanlegging og pasientflyt
 - Færre unødige kontroller i spesialisthelsetjenesten
 - Færre unødige henvisninger til spesialisthelsetjenesten
 - Oppgaveoverføring mellom forvaltningsnivå og desentralisering av tjenester
 - Bedre oppgavedeling
 - Prosjektet har som mål å føre til varig endring av praksis
- Prosjektets navn: Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, Orkdal og Trondheim
- Prosjektansvarlig: Klinikksjef Jo-Åsmund Lund, Kreftklinikken, St. Olavs Hospital
- Prosjektleder: Anne Kari Knudsen, Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge
- Dokumentasjon på godkjenning hos ansvarlig leder (vedlagt)
- Interne eller eksterne samarbeidspartnere
 - Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen, SIO (bekreftelse vedlagt)
 - Samhandlingsenheten ved St. Olavs Hospital
 - European Palliative Care Research Centre, PRC, NTNU og St. Olavs Hospital
- Andre deltagere i prosjektet
 - Kreftforeningen Midt-Norge
 - To masterstudenter fra Institutt for Industriell økonomi og teknologiledelse, NTNU er tilknyttet prosjektet for å arbeide med implementering av pasientforløp.

1.1 Formål og problemstilling

Prosjektet for bedre oppgavedeling «Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, Orkdal og Trondheim» inngår i samhandlingsprosjektet «Orkdalsmodellen», hvis overordnede mål er å forbedre kreftomsorgen i Orkdalsregionen gjennom bedre samhandling på tvers av helsetjenestenivå, mellom spesialistområder/klinikker og mellom profesjoner.

Orkdalsmodellen er et helsetjenesteforskningsprosjekt for kreftpasienter og deres pårørende. Prosjektet ble initiert da Kreftklinikken St. Olavs Hospital i november 2012 åpnet Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus. Prosjektet er et samarbeid mellom Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO), SiOs 12 kommuner, Oppdal kommune, Orkdal Sjukehus, St. Olavs Hospital og Kreftklinikken, St. Olavs Hospital. Prosjektet som er organisert som en sammenlignende prospektiv kontrollert studie, innebærer standardisering, optimalisering og evaluering av et diagnostisk-, behandlings-, pleie- og

omsorgstilbud til kreftpasienter i Orkdalsregionen. Prosjektet består i korte trekk av følgende elementer:

- standardiserte pasientforløp for kreftpasienter generelt og for den palliative kreftpasienten spesielt både i sykehus og kommunene
- kompetanseheving for alle involverte fagpersoner
- informasjon om kreft og palliativ behandling til helsepersonell og til befolkningen
- systematisk evaluering

Gjennom bedre samhandling innad på sykehus og i kommunene, mellom nivåene i helsetjenesten og mellom ulike profesjoner, bedre pasientflyt, økt kunnskap om kreft og palliasjon samt god informasjon, er vår hypotese at implementering av Orkdalsmodellen vil øke tiden kreftpasienter tilbringer hjemme, redusere antall innleggelser på institusjon, øke antall kreftpasienter som dør hjemme, redusere pasienters symptombelastning og medføre bedret helserelatert livskvalitet til pasienter og pårørende. For detaljer omkring Orkdalsmodellen vises det til vedlagte protokoll.

Optimal bruk av helsepersonells tid og kompetanse og endring i roller og oppgavefordeling mellom profesjoner og helsetjenestenivåene, er avgjørende for å lykkes med varig implementering av Orkdalsmodellen. Dette vil forbedre og effektivisere helsetjenesten og bidra til varig endring av praksis. Samhandlingsreformens grunnleggende prinsipp er at behandlingen skal utføres på best mulig effektive nivå nær pasientens hjem. Blant annet vil man tilstrebe at oppgaver som i dag gjøres i spesialisthelsetjenesten, blir utført i kommunehelsetjenesten. To viktige forutsetninger for å oppnå dette, er at tilstrekkelig kompetanse og kunnskap er tilgjengelig på rett sted til rett tid, og at kommunikasjonen mellom nivåene i helsetjenesten blir optimalisert.

Hovedmålene i Helse Midt-Norge sin Strategi 2020 er en effektivisering av drift for å sikre økonomisk handlingsrom og bedre pasientsikkerhet og kvalitet. Bærebjelken i Orkdalsmodellen er et standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasienten. Pasientforløpet skal sikre god ivaretagelse av pasient og pårørende gjennom bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten. Ved å implementere de standardiserte pasientforløpene, både forløpet for den palliative kreftpasienten og diagnosespesifikke kreftforløp ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim, ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus, ved resten av Orkdal sjukehus og i de 13 kommunene som deltar i prosjektet, er målet at det vil føre til bedre pasientflyt og bedre ressursutnyttelse. Pasientsikkerhet og kvalitet i pasientenes møte med helsetjenesten vil dermed styrkes i alle faser av behandlingen og tilbudet vil oppleves mer «sømløst». Kunnskapsbasert pasientbehandling og at rett kompetanse er tilgjengelig, er også blant Helse Midt-Norges strategiske mål, et område som er i fokus i prosjektet «Orkdalsmodellen» generelt og i prosjektet om bedre oppgavedeling spesielt.

Arbeidet med utvikling og implementering av Orkdalsmodellen og i særdeleshet utvikling av det standardiserte pasientforløpet for den palliative kreftpasienten, har vist at det ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, både i Orkdal og i Trondheim, er rom for forbedring både når det gjelder fordeling av arbeidsoppgaver og ressursutnyttelse, inkludert administrative oppgaver. For sekretærtjenesten eksisterer det ikke en felles arbeidsinstruks eller gode prosedyrer. Det medfører at pasienten ofte ikke tildeles time i samme seanse som søknad behandles, noe som øker risiko for at pasienten ikke får kontroll slik anbefalt av lege. Koordinering av prøvetaking, bildeundersøkelser og konsultasjoner er ofte mangelfull. Feil bruk av kodeverk gir økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Sekretærtjenesten ved Kreftklinikken kan spille en viktig rolle for å utvikle felles arbeidsinstruks og prosedyrer samt å være en viktig pådriver i implementeringen av det standardiserte pasientforløpet for den palliative kreftpasienten.

HMN har startet et forprosjekt for å vurdere om man skal kjøpe inn og implementere et nytt IKT/pasientadministrativt system til bruk i helseforetaket og i kommunehelsetjenesten. Forbedringsarbeidet skissert i denne søknaden, kan også sees på som en del av dette forprosjektet. Utvikling av modeller for bedre organisering av helsetjenesten vil kunne danne et viktig grunnlag for hvordan et framtidig pasientadministrativt system bør spesifiseres.

I Orkdalsmodellen planlegger vi å inkludere en prototype av et IKT system, kalt EIR. EIR er et system som ber pasientene selv om å rapportere symptomer og funksjonsnivå før konsultasjoner med helsepersonell og som del av oppfølgingen under og etter behandling. EIR vil kommunisere med den elektroniske pasientjournalen (EPJ) og bli en del av dokumentasjonen og beslutningsstøtten. I tillegg vil EIR også gi computerbasert beslutningsstøtte.

Tildeling av jobbglidingsmidler fra Helse Midt-Norge i 2013 muliggjorde etablering av to 100 % stillinger for henholdsvis fastlege og sykepleier.

Bedre oppgavedeling søkes nå videreført i form av to 100 % stillinger for henholdsvis fastlege og sykepleier med tillegg av en 100 % stilling for sekretær. Formålet med prosjektet er å øke kompetansen hos leger i kommunehelsetjenesten og hos sykepleiere og sekretærer i spesialisthelsetjenesten og dermed oppnå bedre oppgavedeling. Flere oppgaver som i dag utføres av spesialister i onkologi og/eller palliativ medisin, kan utføres av enten fastlege, eller sykepleier i kommunene eller poliklinikk. Administrative oppgaver som i dag utføres av lege eller sykepleier, kan overføres til sekretær. En slik bedring av oppgavedeling vil bidra til å dempe presset på spesialisthelsetjenesten og på legespesialister innen kreftomsorgen ved at deres kompetanse i størst mulig grad benyttes i aktiv pasientbehandling.

1.2 Litteraturgjennomgang/gjennomgang av kunnskapsgrunnlag på området

1.2.1 Kreft og palliasjon

Kreftinsidensen øker årlig i Norge og store deler av Europa med ca. 2 %. Prevalens av kreftsykdommer øker mer enn dette, da stadig flere pasienter lever lenger med sin sykdom (1). Nye behandlingsmuligheter medfører lengre behandlingsforløp, og sykdomsforløpene er ofte mer komplekse. Tidligere ble komplisert kreftbehandling gitt mens pasienten var innlagt på sykehus, ofte for en lengre periode, mens behandlingen i dag i stadig større omfang gis til pasienter som behandles poliklinisk. Dette skaper nye utfordringer og oppgaver for pasientens pårørende og for kommunehelsetjenesten, og stiller større krav til god samhandling og kommunikasjon. Alle pasienter som får livsforlengende behandling, vil trenge en kombinasjon av kreftbehandling og tilbud om et bredt spekter av palliative tiltak. Mange kreftpasienter har behov for symptomlindring, rehabilitering og psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell omsorg - alt dette som utgjør kjernen i kompetanse innenfor fagfeltet palliasjon (2). Denne kompetansen bør være en integrert del av det standardiserte pasientforløpet for den palliative kreftpasienten. En slik helhetlig tilnærming er nå en del av Verdens helseorganisasjon (WHO) sin siste definisjon av palliasjon:

"[Palliative care is] applicable early in the course of the illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy and radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications" (3).

1.2.2 Integrasjon mellom onkologi og palliasjon gir bedre pasientbehandling

I 2000 presenterte forskere ved NTNU og St. Olavs Hospital resultater fra en prospektiv randomisert studie som konkluderte med at et palliativt program kan øke antallet dødsfall i hjemmet (4), bedre pasientens funksjon, øke pårørendes tilfredshet med det palliative tilbudet, inklusiv omsorg ved livets slutt (5, 6) samt pårørendes funksjon og livskvalitet mer enn et halvt år etter at pasienten døde (7). Etableringen av et kompetent palliativt team i spesialisthelsetjenesten som arbeider ut mot pasientens hjem i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten, kan med andre ord bedre behandling, pleie og omsorg. Dette er også vist i studier fra blant annet Canada (8) og Japan (9). Erfaringer fra disse studiene tilsier at det bør etableres formelle samarbeidsavtaler og kommunikasjonslinjer mellom involverte aktører, og at det videre er nødvendig å øke kompetansen i generell onkologi og palliasjon både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Symptom- og funksjonskartlegging må systematiseres og gjøres tilgjengelig der beslutninger tas. Befolkningen bør informeres om tilbudet for å kunne være delaktig i beslutninger og være medvirkende som pårørende. Familien, sammen med helsetjenesten,

bør settes i stand til å etablere et tilbud i pasientens hjem. Fastlegene har en sentral rolle i dette arbeidet (10).

1.2.3 Palliasjon i Norge og standardisert pasientforløp

Norge har nasjonale retningslinjer for palliativ behandling som blant annet inkluderer beskrivelse av ansvarsforhold, kompetanse og pasientflyt (11). Et mål for god palliativ behandling er at pasienten skal få mulighet til å være hjemme så mye og så lenge som mulig, men at spesialistkompetanse skal være tilgjengelig ved behov (2). Vekslingene mellom ansvarlig helsetjenestenivå eller helsearbeider skal ikke oppleves som å stå i veien for å få behandling og oppfølging av høy kvalitet. Til tross for disse målsettingene, er det mange pasienter i Norge i dag som fortsatt opplever en usammenhengende helsetjeneste (12).

Standardiserte pasientforløp er et viktig verktøy for å optimalisere helsetjenestetilbudet (13). Det finnes i dag verken internasjonalt eller nasjonalt et standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasienten. I Orkdalsmodellen har en arbeidsgruppe med bidrag fra flere profesjoner med arbeidssted både i kommune- og spesialisthelsetjeneste utviklet et slikt forløp. Analyse av eksisterende kunnskap, utfordringer, barrierer, eksisterende «Helhetlig Pasientforløp i Heimen» (HPH) (14) i kommunene og gjeldende praksis i spesialisthelsetjenesten, har dannet grunnlaget for dette forløpet. Pasientforløpet vil bli implementert i tjenesten fra mai 2014 og skal evalueres og videreutvikles fortløpende. Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreft poliklinikk er nøkkelpersoner i den avgjørende implementeringsprosessen som vi nå starter. Videreføring av prosjektstillingene vil derfor være avgjørende for hele prosjektet.

1.3 Prosjektgjennomføring

Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital er en regional universitetsklinikk som har behandling/pleie, utdanning/opplæring og forskning som fokusområder. Omtrent 300 ansatte er tilknyttet klinikken. De siste årene har Kreftklinikken stadig økt den polikliniske aktiviteten; antall unike konsultasjoner ved poliklinikken var 2851 og 3695 i henholdsvis 2007 og 2013. I tillegg til poliklinikken/dagenheten er driften organisert med en avdeling for stråleterapi, en sengepost med 24 senger og en palliativ avdeling. Sistnevnte inkluderer en poliklinisk del/et palliativt team og en akuttsengepost med 12 senger, samt det regionale kompetansesenteret i lindrende behandling.

Kreftklinikken startet i november 2012 driften av en onkologisk og palliativ poliklinikk samt et palliativt team ved Orkdal Sjukehus. Det er per i dag tilsatt tre kreftsykepleiere og to onkologer/spesialist i palliativ medisin i 100 % stilling ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus. Det palliative teamet består av lege, sykepleier, fysioterapeut, prest og sosionom. Teamet skal tilby

konsultasjoner ved poliklinikken, tilsyn ved sykehusets avdelinger og virksomhet rettet mot pasienter i kommunehelsetjenesten.

To 100 % stillinger ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus søkes videreført, henholdsvis én stilling for fastlege og én stilling for sykepleier. I tillegg søkes det om etablering av en 100 % stilling for sekretær. Sistnevnte vil være delt mellom Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus og Kreftklinikken i Trondheim. Fastlegen og sykepleieren vil få hevet sin kompetanse gjennom et standardisert videreutdanningsløp, bestående i hovedsak av praktisk klinisk arbeid kombinert med teoretisk opplæring. Den teoretiske opplæringen vil skje ved deltagelse på kurs ved DMF, NTNU i regi av Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge og Seksjon lindrende behandling, Kreftklinikken, St. Olavs Hospital samt ved egne studier etter oppsatt plan. Sertifisering vil oppnås ved gjennomført opplæring og beståtte interne prøver. Sekretæren vil få hevet sin kompetanse gjennom deltagelse på interne fagdager og tett oppfølging i det daglige arbeidet. Kunnskap om standardisert pasientforløp og relaterte prosedyrer, vanlige kartleggingsverktøy og korrekt takstbruk er eksempler på viktige områder det vil fokuseres særskilt på.

1.3.1 Legestillingen

Legestillingen (100 %) videreføres for en fastlege som skal arbeide ved onkologisk og palliativ poliklinikk under veiledning av spesialister i onkologi. Stillingen har varighet fra seks måneder til et år. Minste stillingsandel er 50 %. Arbeidet fordeles mellom pasientvirksomhet ved onkologisk og palliativ poliklinikk (tre dager per uke) og virksomhet i kommunene (to dager per uke).

Arbeidet ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus innebærer utredning, behandling og helhetlig ivaretagelse av kreftpasienter i alle stadier av sin sykdom, fra kurativ og palliativ, livsforlengende behandling til omsorg ved livets slutt. Arbeidet vil utføres i tett samarbeid med onkologer, spesialister i palliativ medisin, kreftsykepleiere og andre involverte yrkesgrupper. Fastlegen vil inneha en viktig rolle i det ambulante palliative teamet som innebærer utadrettet virksomhet i kommunehelsetjenesten, med fokus på pasientbehandling i pasientens hjem i tett dialog med helsepersonell tilsatt i kommunehelsetjenesten.

Fastlegens oppgaver rettet mot kommunehelsetjenesten vil fokusere på kompetanseheving hos helsepersonell samt organisatoriske aspekter. Oppgaver vil være å:

- videreføre etablering av nettverk for fastleger innen fagfeltet
- gjennomføre og videreutvikle etterutdanningskurs tilpasset små grupper av fastleger
- fortsette arbeid med utvikling av web-baserte kurs i samarbeid med Legeforeningen og Kompetansesenter i lindrende behandling, Midt-Norge
- delta i utvikling av og undervisning ved kurs for andre yrkesgrupper

- kontinuere arbeidet som pådriver for implementering av det standardiserte pasientforløpet for den palliative kreftpasienten innad på Orkdal Sjukehus og i alle samarbeidende kommuner
- bidra til etablering og drift av kommunale palliative team

Etter et års tjeneste ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus vil fastlegen være kompetent til å fungere som kommunens ressursperson for kreft og palliativ medisin, være konsulent for andre fastleger og å være delaktig i etablering og drift av et palliativt team i sin kommune i samarbeid med SiO og Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus.

1.3.2 Sykepleierstilling

Sykepleierstillingen (100 %) videreføres for en sykepleier (fortrinnsvis med spesialutdanning innenfor kreft). Gjennom veiledning og systematisk opplæring vil sykepleieren få delegert ansvar for tradisjonelle legeoppgaver. Stillingen har varighet fra seks måneder til ett år. Minste stillingsandel er 50 %. Arbeidet fordeles med pasientvirksomhet ved onkologisk og palliativ poliklinikk (tre dager per uke) og virksomhet i kommunene (to dager per uke).

Dersom sykepleier etter relevant opplæring gjennomfører systematisk innhenting av kliniske opplysninger før pasientens konsultasjon med lege ved sykehuset, vil dette frigjøre legespesialisters tid. En betydelig andel av informasjon som innhentes av lege ved journalopptak vil en sykepleier kunne kartlegge. Oppgaver ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus vil være:

- kartlegging av familie- og sosiale forhold, bosituasjon, arv, allergier, naturlige funksjoner, vekt og aktuell medikamentliste
- bidra til innhenting av pasientrapportert informasjon om for eksempel aktuelle symptomer
- kartlegging av bivirkninger i forbindelse med kjemoterapi og annen medikamentell behandling
- gi standardisert informasjon om planlagt behandling (f.eks. kjemoterapi og opioider)
- telefonisk kontakt med pasienter som er under behandling for å innhente informasjon av betydning for dosejustering og videre behandlingsvalg
- samtaler med pasienter og pårørende om hva som kan forventes i sykdomsforløpet og om muligheter for palliative tiltak i hjemmet / i hjemkommunen.
- å fungere som bindeledd mellom legespesialisten og helsepersonell i kommunehelsetjenesten (fastlege/kreftsykepleier/hjemmesykepleier/sykehjemspersonell)

Samhandling på tvers av helsetjenestenivå og profesjoner vil være en sentral oppgave også for stillingen som sykepleier. Oppgaver i kommunehelsetjenesten vil være å:

- ha delegert ansvar for besøk i pasientens hjem med fokus på:
 - o kartlegging av pasientens totale situasjon og aktuelle symptomer
 - o iverksetting av konkrete tiltak i samråd med behandlende lege og/eller fastlege
 - o dialog med og opplæring av helsepersonell i hjemmetjenesten

- bidra til videreutvikling av nettverk for ressurspsykepleiere
- delta i etterutdanningskurs for ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjem
- delta i undervisning ved kurs for andre yrkesgrupper
- være pådriver for implementering av det standardiserte, helhetlige pasientforløpet for den palliative kreftpasienten i alle samarbeidende kommuner
- bidra til etablering av kommunale palliative team

1.3.3 Sekretær/pasientflytkoordinator

Sekretærstillingen (100 %) etableres slik at han/hun kan bidra til å optimalisere pasientflyten ved å implementere de standardiserte pasientforløpene. Man vil gjøre en vurdering og endring i oppgavefordeling mellom sekretær, lege og sykepleier. Stillingen har varighet fra seks måneder til et år. Minste stillingsandel er 50 %. Arbeidssted vil være delt mellom Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus (50 %) og Kreftklinikken i Trondheim (50 %). Ved at sekretæren overtar administrative oppgaver fra lege og sykepleier, vil dette frigjøre tid for lege og sykepleier til direkte pasientarbeid.

Oppgaver for sekretær vil være å:

- sørge for at pasienten er informert om neste avtalte kontroll og om når rekvirerte undersøkelser skal finne sted
- bidra til å påse at det standardiserte pasientforløpet følges
- bidra til korrekt dokumentasjon
- scanne relevante skjema til elektronisk journal
- bidra til at epikriser og notater blir sendt til rett instans til rett tid
- bidra til at pasientens perm benyttes og oppdateres
- bidra til at regelverk for takstbruk følges
- sørge for at skriftlig informasjon finnes og bidra til at den bedres
- bidra til at pasienter, pårørende og frivillige blir ivaretatt ved Kreftpoliklinikken
- bidra til godt samarbeid med alle samarbeidspartnere (eksempelvis klinikker og avdelinger i spesialisthelsetjenesten, helsepersonell og helseinstitusjoner i kommunehelsetjenesten og brukerforeninger)

Vi forventer at denne stillingen blir overflødig når et nytt elektronisk pasientadministrativt system (PAS) blir tatt i bruk, tidligst i 2018. Grunnen til dette er at koordinering og sikring av optimal pasientflyt bør kunne ivaretas av et godt EPJ/PAS. Våre erfaringer fra utviklingen av denne stillingen vil bli systematisk dokumentert og evaluert. Resultatene herfra vil bli fortløpende bli formidlet til prosjektgruppen som arbeider med nytt IKT system for HMN.

1.3.4 Oppnådde resultater i forrige prosjektperiode

I 2013 ble prosjektet tildelt jobbglidningsmidler fra Helse Midt-Norge for en 100 % stilling for henholdsvis fastlege og sykepleier. Tre godt kvalifiserte og motiverte fastleger søkte stillingen, alle ble intervjuet, og en fastlege med lang erfaring fra allmennpraksis i en av de deltagende kommunene ble tilsatt 3. februar 2014. Ni sykepleiere søkte stillingen som sykepleier, tre av disse fra kommunehelsetjenesten, alle med videreutdanning i kreftsykepleie, og fem fra spesialisthelsetjenesten, hvorav én med og fire uten videreutdanning. Tre av søkerne ble intervjuet og en kreftsykepleier med lang erfaring, fortrinnsvis fra spesialisthelsetjenesten, ble tilsatt 1. april 2014.

Fastlegen startet arbeidet med en to uker hospiteringsperiode ved Seksjon Lindrende Behandling (SLB), Avdeling Palliasjon ved Kreftklinikken i Trondheim. Hospiteringen ga innsikt i palliativ medisin både på sengepost, i poliklinikk, i ambulant palliativt team på sykehuset og på hjemmebesøk samt arbeid ved palliativ enhet ved sykehjemmet Øya Helsehus. Den praktiske opplæringen ble kombinert med teoretisk undervisning og selvstudium. Fastlegen arbeider nå klinisk ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus for å få kunnskap om og erfaring fra onkologi og palliasjon. Hun bidrar aktivt inn i arbeidet med å utvikle pasientforløp, kompetansehevningsprogram og informasjonsstrategi. Arbeidet med å etablere et nettverk for fastlegene i regionen har startet, og skisser til hvordan å kommunale palliative team skal etableres foreligger. Det blir avholdt emnekurs for fastleger fra 8. april 2014 (godkjent av Legeforeningen), et kurs hun har vært med å planlegge og hvor hun selv vil delta aktivt.

Kreftsykepleieren har startet arbeidet ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus og skal hospitere ved Kreftklinikken i Trondheim, med tilsvarende opplæring som fastlegen, i månedsskriftet april/mai 2014. Hun har startet å systematisere kartlegging og innhenting av behandlingsrelatert informasjon fra pasienter samt informasjon til pasienter og pårørende i tråd med det standardiserte pasientforløpet. Kreftsykepleieren bidrar allerede som et bindeledd mellom Kreft poliklinikk, Orkdal Sjukehus' øvrige avdelinger og kommunehelsetjenesten. Hun har tett kontakt med leder for ressursnettverket av kreftsykepleiere utgående fra Skaun kommune og SIO. Kreftsykepleieren vil være en pådriver for å spre kompetanse og for å etablere kommunale palliative team.

Begge stillinger vil evalueres fortløpende samt hver 6. måned. Vi vil også evaluere deres bidrag på sine respektive arbeidsplasser etter endt ansettelsesforhold ved Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus.

1.3.5 Fremdriftsplan og viktige milepæler

Prosjektet for bedre oppgavedeling «Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, Orkdal og Trondheim» har en varighet på ett år. Jobbglidningsmidler fra Helse Midt-Norge har muliggjort at en fastlege og en sykepleier per i dag er tilknyttet Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus og tilhørende kommuner. Ved tildeling av midler for 2014 vil ytterligere en fastlege, en sykepleier og en sekretær få økt sin kompetanse. Dette vil styrke det onkologiske og palliative tilbudet til pasienter i flere av kommunene i Orkdalsregionen og på sikt påvirke arbeidsmengden ved kreftpoliklinikken. Stillingene kan utlyses høsten 2014. Milepæler:

Utvikling av standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasienten, kompetansehevingsprogram og informasjonsstrategi	2013-01.05.2014
Implementering av Orkdalsmodellen	01.04.2014-01.09.2014
Utlysning av stillinger	Høsten 2014
Arbeid i alle tre stillinger i henhold til beskrivelse av prosjektgjennomføring	01.01.2015-31.12.2015*
Inklusjon av pasienter før implementering	Pågår
Inklusjon av pasienter, pårørende og helsepersonell	01.05.2014-30.04.2016
Oppfølging av inkluderte pasienter, pårørende og helsepersonell	01.05.2014-30.04.2018
Fortløpende evaluering av prosjektet for bedre oppgavedeling (hver 6. måned) og hele Orkdalsmodellen	01.05.2014-30.04.2018
Sluttevaluering, analyser og publisering	01.05.2016-30.04.2019

* Ved en eventuell ny tildeling avpasses tilsettingstidspunkt med tidspunkt for eksisterende stillinger for fastlege og sykepleier i samråd med Helse Midt-Norge.

1.4 Plan for evaluering og dokumentasjon av resultater

Effekten av opprettelse av stilling for fastlege i en spesialistpoliklinikk, en stilling for sykepleier med delegert ansvar og en stilling for sekretær vil kunne evalueres i form av hvilke strukturelle endringer som er mulige å oppnå. Dette vil blant annet bli målt som:

- antall konsultasjoner hos henholdsvis lege og sykepleier
- reduksjon i antall legekonsultasjoner hvor det er avsatt dobbeltime
- antall hjemmebesøk kun utført av sykepleier
- om planlagte kurs er utviklet
- om nettverk er etablert/videreutviklet
- bruk av kartleggingsverktøy
- om pasientforløp er implementert og i bruk
- om pasienten får avtale om ny time samme dag som konsultasjonen finner sted
- om korrekt koding benyttes
- om antall avviksmeldinger i EQS reduseres

På lengre sikt forventes det at bedre oppgavedeling som en del av Orkdalsmodellen vil bidra til at pasientene vil tilbringe mer tid hjemme, at flere pasienter vil dø hjemme og at antall innleggelser på sykehus og sykehjem vil reduseres. Positive helseøkonomiske effekter forventes, og pasientene forventes å rapportere lavere symptombelasting og høyere funksjonsnivå, mens både pasienter og pårørende forventes å rapportere bedre helserelatert livskvalitet og tilfredshet. Alle aspektene vil bli evaluert i av en prospektiv observasjonell sammenlignende pre-post studie av Orkdalsmodellen. Data vil samles inn fra pasienter (totalt omkring 400), pårørende og helsepersonell både før og etter implementering av den endelige modellen og parallelt ved Levanger sykehus:

1. Pasienter: demografiske og medisinske data, symptomer, livskvalitet, bruk av helsetjenester (for eksempel tid hjemme, tid på institusjon, hjemmebaserte tjenester, tid fra henvisning til tiltak, om epikrisen følger pasienten, om medikamentlisten er oppdatert, om sjekklistene benyttes, bruk av takst Z.51.50, tumorrettet behandling i livets siste 8 uker), foretrukket dødssted, reelt dødssted, forventet og reell levetid, opplevelse av informasjon
2. Pårørende: demografiske data, livskvalitet og opplevelse av informasjon/oppfølging under behandling og etter pasientens død
3. Helsepersonell: Realkompetanse (utdanning og kurs), kunnskapstest og selvopplevd kompetanse/kunnskap om palliasjon

I tillegg vil eksempelvis antall kurs og fagdager, antall deltagere, arrangerte møter, utdelt materiell, bruk av web-siden registreres.

Følgende sammenligninger vil bli foretatt:

- historiske kontroller av dødssted basert på registerdata
- endepunkter vil bli sammenlignet med data fra en region som ikke har et tilsvarende palliativt tilbud: Resultater fra Orkdalsmodellen vil bli sammenlignet med data fra pasienter tilhørende Levanger sykehus. I disse analysene vil det bli korrigert for eventuelle skjevheter i populasjonene ved å benytte kjente prognostiske variable
- sammenligning av data fra før og etter implementering av modellen med data og sammenligning av data fra år 1 med år 2 etter implementering (siden modellen gradvis vil bli videreutviklet og kompetanseheving vil skje gradvis)
- sammenligning av egenrapporterte subjektive pasientdata med data fra andre studier som inkluderer kreftpasienter i palliativ fase.

Evaluering av prosjektet for bedre oppgavedeling vil gjennomføres internt hvert halvår. Justeringer og tilpasninger vil gjennomføres der det er hensiktsmessig. Sluttevaluering gjennomføres og leveres til

Helse Midt-Norge innen seks måneder etter avsluttet prosjektperiode. Evalueringen vil gjennomføres av prosjektleder i samarbeid med klinikkssjef ved Kreftklinikken og prosjektgruppen for Orkdalsmodellen (jfr. protokoll).

1.5 Vurdering av prosjektets betydning for forbedring av dagens praksis

Orkdalsmodellen er en studie hvor det blir utviklet et standardisert helsetilbud basert på nasjonale og internasjonale retningslinjer og det som finnes av relevante kliniske studier for øvrig. Fokus for arbeidet er å oppnå optimal kreftomsorg basert på et standardisert pasientforløp, høy grad av samhandling mellom ulike faggrupper og ulike nivåer i helsetjenesten, og at tilstrekkelig kompetanse og kunnskap er tilgjengelig på rett sted til rett tid.

I prosjektet vil man innføre og evaluere et nytt IKT-system, EIR, som utvikles av vår forskningsgruppe ved European Palliative Care Research Centre (PRC) sammen med øvrige forskere ved NTNU og St. Olavs Hospital og i tett samarbeid med NTNU Technology Transfer AS (NTNU TTO). EIR er programmert på en web-basert plattform og har som hovedmål å oppnå økt pasientmedvirkning, bedre kommunikasjon mellom profesjoner og nivåer i helsevesenet, bedre familiemedvirkning og som et endelig mål bedre symptomkontroll og generell livskvalitet hos pasientene. Pasientene fyller inn informasjon om seg selv, på en Ipad, med hovedfokus på vanlige symptomer og fysiske og psykiske funksjon. Informasjonen blir trådløst overført til helsepersonells PC før pasienten kommer til konsultasjon. På denne måten kan helsepersonell raskt få oversikt over pasientens aktuelle plager (for flere detaljer, se vedlagt informasjon om EIR).

Prosjektet for bedre oppgavedeling «Fastlege, sykepleier og sekretær ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, Orkdal og Trondheim» vil være viktig for å bidra til økt kompetanse i kommunene, implementere pasientforløpet, bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og dermed oppnå en bedre kreftomsorg nær pasientens bosted samt bedre ressursutnyttelse. Hele modellen og prosjektet for bedre oppgavedeling vil kunne anvendes andre steder i landet og internasjonalt og også for andre pasientgrupper enn kreftpasientene. Dersom effektene er som forventet, vil dette kunne bli en nasjonal og internasjonal standard for palliasjon.

1.6 Formidling og videreføring

Den endelige protokollen for Orkdalsmodellen og resultater fra den prospektive studien blir publisert i internasjonale tidsskrifter for onkologi/palliasjon og allmennmedisin i samsvar med Vancouver-reglene. Resultater fra prosjektet om bedre oppgavedeling vil publiseres i en separat artikkel da prosjektet er av interesse for det nasjonale og internasjonale fagmiljøet innen onkologi og palliativ

medisin. Resultatene vil også formidles via Tidsskrift for den norske legeforening, St. Olavs Hospital, NTNU, PRC og Kompetansesenteret i lindrende behandling sine hjemmesider samt gjøres offentlig kjent via aviser, radio og fjernsyn.

EIR er en programvare som er under kontinuerlig utvikling. I løpet av 2014 vil en versjon av systemet bli vitenskapelig vurdert både som ledd i Orkdalsmodellen og i en større paneuropeisk studie. Resultater vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrifter. EIR utvikles for å bli et kommersielt tilgjengelig produkt som skal implementeres i klinisk praksis både nasjonalt og internasjonalt. Denne utviklingen skjer i tett samarbeid mellom NTNU TTO, St Olavs Hospital og NTNU.

Implementering av det standardiserte pasientforløpet som innebærer systematisk gjennomført kartlegging, behandling, kommunikasjon og dokumentasjon, kompetanseheving hos alle involverte samt forankring hos ledere og beslutningstakere, vil medføre varig endring av praksis også etter prosjektslutt.

1.7 Mulighet for erfaringsoverføring til andre enheter/foretak

Resultater fra tilsetting av fastleger i en spesialistpoliklinikk, bruk av sykepleiere til å løse enkelte legeoppgaver og økt bruk av sekretær til å løse administrative oppgaver hittil utført av lege og sykepleier, vil ha overføringsverdi til andre onkologiske poliklinikker og palliative team i regionen. Resultater fra hele Orkdalsmodellen vil ha overføringsverdi til pasientgrupper med andre sykdommer og til andre regioner og land som en modell for samhandling mellom helsetjenestenivå og profesjoner.

1.8 Prosjektbudsjett

Det søkes om midler til prosjektstillinger tilsvarende en 100 % legestilling, en 100 % sykepleierstilling og en 100 % sekretærstilling. Prosjektkostnader inkludert sosiale kostnader er per år er beregnet til å utgjøre (uten overhead):

Stillinger	
Lege	1 015 000
Sykepleier	675 000
Sekretær	502 000
Samlet søknadsbeløp NOK	2 192 000

1.9 Referanser

1. Kreftregisteret. 2014. Available from: <http://www.kreftregisteret.no/>.
2. Kaasa S, Haugen DF. [The specialist field of palliative medicine]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2006;126(3):326-8.
3. World Health Organization WHO. Definition of palliative care 2006 [2011.11.07]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
4. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. Lancet. 2000;356(9233):888-93.
5. Ringdal GI, Ringdal K, Jordhoy MS, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. Palliat Med. 2004;18(2):108-20.
6. Ringdal GI, Ringdal K, Jordhoy MS, Kaasa S. Does social support from family and friends work as a buffer against reactions to stressful life events such as terminal cancer? Palliative & supportive care. 2007;5(1):61-9.
7. Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. J Pain Symptom Manage. 2002;24(1):53-63.
8. Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, Brown P, Braun T, Jacobs P. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. Palliat Med. 2005;19(7):513-20.
9. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akiyama M, Akizuki N, Hirai K, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol. 2013;14(7):638-46.
10. Dahlhaus A, Vanneman N, Siebenhofer A, Brosche M, Guethlin C. Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. Support Care Cancer. 2013;21(12):3293-300.
11. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. 2013 [2014.01.15]. Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>.
12. The Norwegian Coordination Reform Samhandlingsreformen. 2008 [2014.01.15]. Available from: http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Samhandling%20engelsk_PDFS.pdf.
13. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. BMC health services research. 2010;10:182.
14. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC health services research. 2013;13:121.