

Prosjektrapport

Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse

Eirik Øvernes
Kristin Marjala

Tittel:	Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse
NST-rapport:	09-2010
Prosjektleder:	Eirik Øvernes
Forfattere:	Kristin Marjala, Eirik Øvernes
ISBN:	978-82-8242-018-1
Dato:	8.04.2010
Antall sider:	17
Emneord:	Videokonferanse, psykologsamtaler, støttesamtaler, videokonferanse, kreft, tilfredshetsevaluering
Oppsummering:	Kreftforeningen (KF) mottok økonomisk støtte fra Helse og Rehabilitering til et prosjekt som skulle kartlegge behovet for og igangsette støttesamtaler med psykolog via videokonferanse i Nordland, Troms og Finnmark. I denne forbindelse ble Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling kontaktet og sammen med KF ble prosjektet gjennomført. Prosjektet strakk seg over ett år hvor første del kartla behovet, samtidig som de første samtalene startet opp. Det ble utført tilfredshetsevaluering basert på tilbakemeldinger fra brukerne av tjenesten. Denne rapporten presenterer prosjektet, gjennomføringen og tilbakemeldingene fra brukerne.
Utgiver:	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin Universitetssykehuset Nord-Norge Postboks 6060 9038 Tromsø Telefon: (+47) 07766 E-mail: info@telemet.no Web: www.telemet.no

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.telemet.no

English Summary

Title: Psychologist consultations with adult cancer patients and their relatives via videoconference

Abstract: The aim of this project was to map the potential for offering psychologist consultations to adult cancer patients and their relatives via videoconference, and to start up psychologist consultations via videoconference. A survey that was conducted among health centres in the three northern most regions in Norway - Nordland, Troms and Finnmark – indicated a need for this type of consultation. Parallel to the survey, nine patients and three relatives participated in videoconference consultations, seven of which had not had a physical meeting beforehand. Feedback was collected following each consultation. The report describes how the project was conducted, the survey and the feedback from patients/relatives and the psychologist that participated in consultations. The results were generally positive in terms of using videoconference as an arena for consultations, and improved access to psychological support that would not otherwise be available. Concerns that technology could depersonalize the communication between the psychologist and the patient/relative were not confirmed. The project was conducted during a 12 month period (2009 - 2010) by The Norwegian Cancer Society (KF) and The Norwegian Centre for Integrated care and Telemedicine (NST).

Forord

Prosjektet "Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse" har vært et samarbeid mellom Kreftforeningen (KF) og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST).

Tidlig i prosessen kartla vi behovet og grunnlaget for å kunne etablere en tjeneste som denne og i den forbindelse vil vi rekke en takk til alle som bidro med verdifulle innspill til oss.

Vi vil også takke de pasienter og pårørende som sa seg villig og ønsket å ta i bruk videokonferanse i deres møte med Kreftforeningens psykolog. Tilbakemeldingene tyder på at det var et bra valg som ble gjort og at samtaler med psykolog egnet seg å gjennomføre via videokonferanse.

Vi vil også rette en takk til kollegaer ved KF og NST for nyttige kommentarer og innspill til denne prosjektrapporten.

Tromsø, 8.04.2010

Eirik Øvernes
Kristin Marjala

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	7
2	Bakgrunn for prosjektet.....	7
2.1	Hva er gjort tidligere innen dette feltet?	7
2.2	Hensikt og mål med prosjektet	8
2.3	Bruk av videokonferanse	8
3	Beskrivelse av prosjektet	9
3.1	Organisering av prosjektet.....	9
3.2	Møter og kommunikasjon	10
3.3	Fremdriftsplan	10
3.4	Finansiering	10
4	Prosjektgjennomføring og metode.....	10
4.1	Forankring.....	10
4.2	Gjennomføring	11
4.3	Materiale	11
4.4	Behovskartlegging	12
5	Evaluering av tjenesten	12
5.1	Brukerne	12
5.2	Presenterte problemstillinger	13
5.3	Brukererfaringer	13
5.4	Organisatoriske utfordringer	14
5.5	Tekniske problemer	15
6	Veien videre	15
7	Oppsummering	16
8	Referanser:	17

1 Innledning

Dette er sluttrapporten for prosjektet Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse. Prosjektet startet høsten 2008 og ble avsluttet april 2010. Rapporten beskriver og vurderer prosjektet med fokus på prosjektgjennomføringen, metodikk og tilbakemeldinger fra brukerne.

2 Bakgrunn for prosjektet

I de senere år har flere og flere mennesker blitt diagnostisert med kreft. Omtrentlig 24 000 mennesker får hvert år diagnosen, og av disse er det 15-40 % som rammes av depresjon og/eller angst (Chochinov, 2001. Sheard, T & Maguire, P, 1999). Med ett blir tilværelsen til disse menneskene fylt med bekymringer, fortvilelse, redsel og uro. Til tross for dette finnes det knapt tilbud om psykisk helsehjelp til denne pasientgruppen.

I perioden 2006 – 2008 hadde Kreftforeningen (KF) tilbud om støttesamtaler til pasienter og pårørende, men dette tilbudet var begrenset til kun å gjelde pasienter som fikk behandling ved Ullevål universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Erfaringer fra dette arbeidet viste et behov for å støtte pasienter og pårørende i arbeidet for å mestre en usikker hverdag.

Med bakgrunn i dette ble det våren 2008 sendt en søknad til Helse og Rehabilitering om støtte til et pilotprosjekt hvor kreftpasienter og pårørende ville bli tilbudt oppfølging fra psykolog via videokonferanse. Region Nord (Nordland, Troms, Finnmark) i Kreftforeningen ble valgt ut som testområde fordi regionen allerede hadde erfaring med bruk av videokonferanse. Det ble inngått et samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) som med sin erfaring innenfor bruk av videokonferanse ville kunne gi verdifulle bidrag. NST har bidratt med prosjektstyring, organisering og implementering av tjenesten. KF har ivarettatt den faglige kompetansen i prosjektet.

Prosjektets hensikt var å gi pasienter og pårørende mulighet for psykologisk oppfølging uavhengig av hvor de bor og hvilke ressurser hjelpeapparatet i hjemkommunen har. Prosjektet skulle tilby kreftpasienter og pårørende støttesamtaler med psykolog via videokonferanse, Videre skulle prosjektet kartlegge behov for psykologtjenester via videokonferanse i Nord-Norge. Dette er i tråd med Kreftforeningens mål om å bidra til å bedre livskvaliteten til kreftrammede og deres pårørende.

Kreftforeningen er ikke en del av helsetjenesten og skal etter sine vedtekter, formål og strategier ikke yte helsehjelp. Psykologen fra Kreftforeningen yter i denne sammenheng ikke helsehjelp i lovens forstand, men gir generell rådgivning.

I løpet av prosjektperioden har ni kreftpasienter og tre pårørende vært involvert. Ti av disse gjennomførte inntil tre støttesamtaler med psykolog. To pasienter møtte opp i studio, men grunnet tekniske problemer fikk de ikke gjennomført samtalen.

I det følgende blir kreftpasientene og pårørende som tok del i tjenesten omtalt som brukere om ikke annet er påkrevd.

2.1 Hva er gjort tidligere innen dette feltet?

Telepsykiatri er et begrep som favner om bruken av videokonferanse som arena for møte mellom psykolog og pasient / pårørende. I varierende grad er dette i bruk i Norge i dag, og vi kan anta at det ligger et potensial for større utbredelse av slike tjenester. Denne antagelsen kan begrunnes i erfaringer ervervet, både i gjeldende prosjekt, men også i andre prosjekter

nasjonalt og internasjonalt. I gjeldende prosjekt opererer vi ikke med begrepet telepsykiatri, men likevel er det mange av de samme forutsetningene som ligger til grunn for å lykkes.

Parallelt med dette prosjektet har det vært gjennomført et prosjekt ved Norges Teknisk Naturvitenskapelig Universitet (NTNU) hvor pasienter med tvangstanker ble fulgt opp av psykolog via videokonferanse. Erfaringer derfra tyder på at pasientene hadde god nytte av denne oppfølgingen. Av seks pasienter ble fire friske eller tilnærmet friske etter oppfølging av psykolog. Resultatet blir av fagfolk som er involvert sett på som oppsiktsvekkende bra, og dette prosjektet har nylig mottatt støtte fra Helse og rehabilitering for videre utbredelse av tjenesten nasjonalt (Vogel, 2009).

Erfaringer fra andre land understøtter funnene fra prosjektet ved NTNU (ibid.). I Canada ble 495 pasienter fulgt opp ved månedlige samtaler med psykolog, enten ansikt til ansikt eller via videokonferanse. Resultatene viste tydelig at det ikke var forskjell i graden av tilfredshet hos pasientene som fikk sin oppfølging via videokonferanse i forhold til pasientene med fysiske møter (O'Reilly m.fl., 2007).

I USA ble 119 deprimerede krigsveteraner fulgt opp enten via videokonferanse eller ved fysisk møte med psykolog. Resultatene derfra understøtter den kanadiske forskningen, og viser at det ikke var noen målbar forskjell i brukertilfredshet. Videre var det ikke særlige forskjeller i måtene å gjennomføre og organisere behandlingen på. Kostnadmessig viste det seg at hver enkelt samtale var dyrere å gjennomføre, men når en tok i betraktning sparte reisekostnader for psykologen ble ikke totalsummen dyrere (Ruskin, PE m.fl., 2004).

Shetlandsøyene er et lite samfunn kjennetegnet av lange avstander, og dermed også varierende tilgang til blant annet helsetjenester. I 2000 ble det etablert en klinisk psykologtjeneste hvor en psykolog fulgte opp ti pasienter via videokonferanse. Ni av ti pasienter opplevde et positivt behandlingsforløp og prosjektet konkluderte med at videokonferanse er et egnet medium for slike helsetjenester (Simpson, S. 2001).

Resultatene fra de overnevnte prosjektene er alle nokså entydige i sine konklusjoner. Videokonferanse viste seg i disse tilfellene å møte de krav som stilles til en kvalitativ forsvarlig helsetjeneste.

2.2 Hensikt og mål med prosjektet

Hensikten med prosjektet har vært å gi voksne kreftpasienter og pårørende mulighet for psykologisk oppfølging, uavhengig av hvor de bor og hvilke ressurser hjelpeapparatet i hjemkommunen har. Den psykologiske rådgivningen omhandler hjelp til å sortere, bearbeide og håndtere de påkjenninger kreftsykdommen medfører.

Prosjektet har vært todelt.

Del I: Kartlegge behov for psykologtjenester via videokonferanser i Region Nord.

Del II: Tilby kreftpasienter og pårørende støttesamtaler med fokus på mestring av sin livssituasjon via videokonferanse, uavhengig av hvor pasienten eller pårørende bor i Nord-Norge.

Prosjektet skulle også evaluere tjenesten med fokus på brukeropplevelsen.

Del I og Del II overlappet hverandre da de første brukerne startet opp før kartleggingen var helt ferdig.

2.3 Bruk av videokonferanse

Videokonferanse benyttes i store deler av Helse Nord (som samsvarer med hva KF omtaler som Region Nord). Innenfor det offentlige helsevesenet brukes videokonferanse både på administrativt nivå, i forhold til undervisning og veiledning samt i kliniske sammenhenger.

Historisk sett har også Helse Nord vært tidlig ute med denne teknologien, gjerne med utgangspunkt i at dette er et nyttig verktøy for samhandling med tanke på regionens lange avstander. I de senere år har den tekniske infrastrukturen blitt bedre, noe som har gjort at videokonferansesendinger i dag gjennomføres over IP (Internet Protocol), og ikke over ISDN slik det ble gjort for noen år siden. For de videokonferanseenehetene som er innenfor Helse Nord gjennomføres sendinger innenfor Norsk Helsenett (NH). NH er et sikkert nett for det offentlige helsevesen, og det er et ønske om at all datatrafikk i det offentlige helsevesen skal skje sikkert innenfor dette nettet. Dette kan medføre noen praktiske utfordringer når det gjelder kommunikasjon til aktører utenfor det offentlige helsevesenet, som KF. Aktører innenfor NH kan med sine videokonferanseenheter koble seg til aktører utenfor NH. Derimot kan ikke aktører utenfor koble seg opp til aktører innenfor.

I vårt tilfelle medførte dette at psykologen i KF måtte avklare med sine samarbeidspartnere at det var de som koblet opp konferansen, i og med at de var plassert med sine enheter innenfor NH. Dette var et forhold prosjektet var klar over i forkant, og fikk dermed god tid til å forberede dette. Det viste seg at det gikk fint å gjøre avtaler med brukerne om hvordan videokonferansesendingene skulle kobles opp.

Et annet forhold en alltid må ta med seg når det gjelder kommunikasjon via videokonferanse er at teknologien ikke er ufeilbarlig. Årsaken til at videokonferanser i noen tilfeller ikke lar seg koble opp eller bryter sammen, er ikke alltid like enkel å finne. I noen tilfeller kan det være menneskelig feil hos en av partene, for eksempel feil ved konfigurering av systemet, eller feilkobling av ledninger. Når sendinger bryter sammen underveis kan dette også bero på feil i nettverket, enten lokalt eller eksternt.

Tid er kostbart, så også for brukere av videokonferanser. For mange tekniske komplikasjoner kan medføre at brukere faller fra. Betydningen av å forberede bruker på at teknologien kan bryte sammen, kan ikke undervurderes. Av denne grunn er det viktig med gode, etablerte rutiner dersom det skjer brudd i sending. Hvem av partene som skal prøve å koble opp sendingen på nytt må være avtalt på forhånd, og i tillegg kan bruk av vanlig telefon fungere som erstatning. Det er også avgjørende for en god tjeneste at sendingene blir koblet opp i god tid. Dette blir dessverre ikke alltid gjort, noe som kan medføre enkelte forsinkelser i oppstart.

Den generelle erfaringen er at de steder som har god kjennskap til bruk av videokonferanse også innehar god teknisk kompetanse lokalt. Langt på vei de fleste sendingene i dette prosjektet har foregått på en teknisk stabil måte, og med god kvalitet både i forhold til lyd og bilde.

3 Beskrivelse av prosjektet

Prosjektet har vært et pilotprosjekt, med ønske om fremtidig implementert drift. Det følgende kapittel vil gi en beskrivelse av organiseringen av prosjektet.

3.1 Organisering av prosjektet

Prosjektgruppa har bestått av en representant fra NST og en psykolog fra Kreftforeningen. I tillegg har seksjonsleder for Seksjon Nord i KF vært med på noen prosjektmøter. NST har hatt prosjektledelsen med ansvar for gjennomføring av rapportering og tilrettelegging for revisjon av prosjektet. All rapportering og revisjon har gått gjennom, og vært godkjent av Kreftforeningen. Psykologen fra Kreftforeningen har hatt ansvar for det faglige innholdet i prosjektet.

3.2 Møter og kommunikasjon

NST og KF har ca. en gang pr. måned gjennomført prosjektmøter, i tillegg til e-post og telefonkontakt. En jevn møtefrekvens har vært viktig for å opprettholde fremdriften i prosjektet helt frem til prosjektavslutningen. Til sammen ble det gjennomført 14 fysiske møter mellom NST og KF.

For å kartlegge behovet for en tjeneste som denne, samt rekruttere deltakere ble det i første fase gjennomført møter både pr. telefon og videokonferanse med aktuelle miljøer, som kommunehelsetjeneste, sykehus og sykestuer i Nordland, Troms og Finnmark. Et krav til de forespurte var enkel tilgang til videokonferansstudio. I forkant av disse møtene ble det sendt ut infoskriv slik at partene var forberedt til møtet. I tillegg til dette ble det sendt ut en beskrivelse av prosjektet og tjenesten vi ønsket å etablere. Psykologen og andre representanter fra KF informerte også om tilbudet under sine tjenestereiser i regionen.

3.3 Fremdriftsplan

Prosjektet har hatt en tidsramme på ett år. Grunnet sykdom ble det søkt om utsettelse av sluttdato, som ble godtatt av Helse og Rehabilitering. Sluttdatoen for prosjektet ble flyttet fra 31.10.2009 til 30.04.2010. Prosjektet la opp til at de første fem månedene skulle brukes til en kartlegging av behov, reklamere for tilbudet, samt avklare brukere til tjenesten. De resterende syv månedene skulle brukes til å igangsette og implementere tilbudet, og fortløpende evaluere tjenesten.

3.4 Finansiering

Etter søknad fra KF ble prosjektet tilkjent kr. 295 000 av Helse og Rehabilitering. KF henvendte seg deretter til NST med ønske om samarbeid. NST fikk dermed sin deltakelse finansiert gjennom midlene. KF har bidratt med egenandel i prosjektet.

4 Prosjektgjennomføring og metode

Prosjektet har blitt gjennomført innenfor den oppsatte tids- og ressursramme.

4.1 Forankring

Både NST og Kreftforeningen brukte sine etablerte nettverk for å rekruttere deltakere. Mulige deltakere var i første rekke kommunehelsetjeneste, distriktsmedisinske sentre, sykestuer og sykehus i Nordland, Troms og Finnmark. NST rettet henvendelsen til sine samarbeidspartnere, og alle var positive til forespørselen. KF gjorde tilsvarende. Her var det noe mer variert tilbakemelding. De fleste var positive, mens noen inntok et noe mer kritisk standpunkt. Den kritiske argumentasjonen var at det kunne bli vanskelig å finne plass i en travel hverdag til å følge opp et tilbud av denne art. Videre ga de uttrykk for usikkerhet i forhold til hva de skulle gjøre. Det ble også påpekt fra enkelte at bruk av VK ville gi samtalen en kunstig ramme. De mente at VK ville gi for stor distanse mellom psykolog og pasient / pårørende, virke hemmende og ikke bidra til å etablere trygghet og tillit.

Fra Kreftforeningens side informerte også andre ansatte i sine respektive nettverk om tilbudet som skulle starte opp. I tillegg til dette informerte psykologen i KF sine pasienter og/eller pårørende om at de kunne treffes videre via videokonferanse.

Kreftforeningen abonnerer også på plass i Hvilepuls. Hvilepuls er et flatskjærmsbasert informasjons- og underholdningssystem som henger på venterom på legekontor. Her fikk prosjektet plass og kunne dermed spre informasjon gjennom denne kanalen også. I tillegg til gjentatte samtaler med ulike aktører, ble det produsert et informasjonsskriv som ble hengt opp på venterom og lignende. Denne ga en kortfattet informasjon til pasienter og pårørende om tilbudet. KF reklamerte også for tilbudet under sin ukentlige stand på UNN i Tromsø.

Det ble også informert ved Kreftavdelingen ved UNN om tjenesten og ved Kreftenheten ved Nordlandssykehuset.

Det er i denne sammenhengen verd å nevne at de fleste miljøene som mottok en henvendelse ble kontaktet mange ganger. De var positivt innstilt, men likevel måtte de bli påminnet om tilbudet. Noen miljøer hadde en mulig bruker allerede, mens andre fremdeles fant tilbudet interessant, men hadde ingen aktuell bruker for øyeblikket. Forankring og rekruttering av nye deltakere foregikk gjennom hele prosjektperioden.

4.2 Gjennomføring

Parallelt med forankringsarbeidet i første fase av prosjektet ble det utarbeidet et forslag til hvordan tilbudet skulle organiseres, i samarbeid med aktørene som meldte sin interesse. Etter å ha kartlagt miljøer i regionen som ønsket å være med, satte psykologen i KF opp en fast tid hver uke som skulle brukes til støttesamtaler. De som hadde pasienter og/eller pårørende som ønsket en samtale kunne melde dette inn til KF. Etter en tids bruk ble dette endret og tilpasset erfaringer gjort underveis. Det viste seg at det ofte var varierende tilgang til videokonferansestudioer lokalt grunnet mye bruk av dette av andre aktører. Dermed måtte psykologen innta en mer fleksibel rolle og tilpasse seg til de tidene brukerne fikk reservert videokonferansestudio.

Samtalenes varighet var én klokke. De fleste mente at dette var tilstrekkelig tid til å få snakket om aktuelle problemstillinger/drøfte det de trengte hjelp til. To av brukerne ønsket mer tid avsatt.

Det var i utgangspunktet satt en ramme på 5 samtaler á 1 time for hver bruker. Dette ble begrunnet med at det ikke skulle tilbys et terapiforløp, men hjelp til sortering, mestring og støtte. Kreftforeningen ønsket at tilbudet skulle komme flest mulig til nytte, og så seg derfor nødt til å begrense omfanget av oppfølgingen den enkelte kunne få.

Det ble utarbeidet et spørreskjema som brukerne av tjenesten skulle fylle ut. Svarene fra denne presenteres i prosjektrapporten. Skjemaet bestod av kartlegging av demografiske forhold, samt spørsmål med svaralternativer som skulle avkrysses. Videre ble det fremsatt noen påstander hvor brukerne skulle svare ja, nei eller både/og. Påstandene omhandler tematikk om forventninger i forhold til innholdet i samtaler, og til bruken av videokonferanse. Avslutningsvis ble brukerne bedt om å beskrive erfaringene av samtaler i forhold til forventningene, og gi en kort beskrivelse av hvordan de opplevde å bruke videokonferanse i denne sammenhengen.

4.3 Materiale

I løpet av de 12 månedene prosjektet varte tok til sammen ni pasienter, og tre pårørende imot tilbudet og benyttet tjenesten. I to tilfeller oppstod det tekniske komplikasjoner, og det lot seg ikke gjøre å gjennomføre samtalen. En tendens som tidlig viste seg, var at de mest positive var de som allerede hadde gode og etablerte rutiner i bruk av videokonferanse. Det er da også fra steder som dette at pasienter og pårørende er rekruttert.

11 forespurte takket nei til tilbudet. Dette ble i første rekke begrunnet i en viss skepsis til bruk av videokonferanse, og at de selv mente de på daværende tidspunkt ikke hadde behov for samtaler.

4.4 Behovskartlegging

I Del I av prosjektet ble behovet for tjenesten kartlagt. Både NST og KF har et bredt kontaktnett i Region Nord. Det ble tidlig klart at henvendelsene rettet til kommunehelsetjenesten i Nordland, Troms og Finnmark viste at det var grunnlag for etablering av en tjeneste som denne. Tilbakemeldinger fra brukerne var generelt positive, og de fleste ga uttrykk for at dette var et tilbud de manglet, og noe de trodde brukerne ville nyte godt av. Det ble valgt ut kommuner med helsesentre og/eller sykestuer som hadde og har enkel tilgang til videokonferansestudio.

Sykehusene i hele regionen ble også kontaktet, men behovet var åpenbart størst for brukerne når de var overført fra sykehuset til hjemkommunen. Av denne grunn ble det ikke gjennomført samtaler fra videokonferansestudioer ved sykehusene.

Det fåtallet som stilte seg skeptisk til tilbudet, argumenterte med at de hadde erfart at dette ikke var et tilbud deres pasienter og/eller pårørende hadde etterspurt. Videre ble det stilt spørsmål ved hvordan tjenesten skulle organiseres, og ikke minst hvor mye det ville kreve av helsearbeiderne lokalt å være med. Det siste ut fra en tanke om at dette ville utfordre en allerede trang ressursramme.

5 Evaluering av tjenesten

Hovedmålet med å evaluere tjenesten var å vurdere den egenopplevde nytteverdien av tjenesten fra perspektivet til brukerne.

Seks pasienter og en pårørende svarte på skjemaet. De resterende ga muntlig tilbakemeldinger til psykologen etter samtalene. Psykologen noterte ned, og behandlet tilbakemeldingene fra disse brukerne etter hver samtaletime.

5.1 Brukerne

Til sammen ni pasienter og tre pårørende benyttet seg av tilbudet. Tre av brukerne har benyttet tilbudet mer enn en gang. En bruker hadde to samtaler og to hadde tre samtaler. Rammen for tilbudet var inntil fem samtaler. Bruken av tilbudet skiller seg i liten grad fra hvordan pasienter og pårørende benytter seg av Kreftforeningens øvrige samtaletilbud. Aldersspredningen var fra 32 – 75 år. Det var fire menn (46 – 75) og åtte kvinner (32- 72). To var enslige, de resterende var gift/samboer. Alle hadde barn. En hadde kone og voksen sønn med seg i studio, mens de øvrige møtte alene. De som benyttet seg av tjenesten hadde hørt om tilbudet gjennom sin allerede etablerte kjennskap til psykologen i KF eller via det lokale hjelpeapparatet. De fleste møtte psykologen for første gang via videokonferanse. Fem av brukerne hadde tidligere erfaring med bruk av VK-utstyr. To møtte opp i studio, men grunnet tekniske problemer lot det seg ikke gjøre å gjennomføre samtalen. Av ulike årsaker benyttet disse seg ikke av tilbudet senere.

Syv brukere gikk direkte i studio, uten å ha et fysisk møte med psykologen i forkant. Den ene hadde erfaringer med bruk av videokonferanse i jobbsammenheng. I utgangspunktet ble det foreslått et fysisk møte for å etablere en relasjon og gjøre nødvendige avklaringer på forhånd. Dette var ikke et krav for å kunne benytte seg av tilbudet, men opp til den enkelte å avgjøre behovet. De resterende hadde vært i kontakt med psykologen på forhånd før de møttes via videokonferansen. Av de som har benyttet seg av tilbudet, er det tre som har hatt flere enn en samtale. De andre har hatt videre oppfølging pr telefon eller ved fysisk møte i Kreftforeningens lokaler i forbindelse med kontroll på UNN.

Tre av brukerne ga uttrykk for noe skepsis i forkant av avtalen, men ønsket likevel å prøve tilbudet.

En bruker hadde kontakt med Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i sitt nærområde parallelt med Kreftforeningens samtaletilbud. For øvrig var det ingen av pasientene som ble henvist videre til psykisk helsevern.

Det er variasjon i hvilken fase av sykdomsforløpet brukerne befinner seg, fra relativt nydiagnostisert og under behandling, tilbakefall, rehabiliteringsfase og lindrende fase. Det ble forøvrig ikke stilt spørsmål til brukerne hvorvidt sykdomsfase påvirket deres opplevelse og utbytte av samtalerne.

5.2 Presenterte problemstillinger

En rekke psykososiale problemstillinger aktualiseres ved kreftsykdom, og dermed spenner tematikken over et bredt register. Dette gjenspeiles i problemstillingene som ble tatt opp i samtalerne. Sentrale tema har vært bearbeidelse av sorgreaksjoner, følelsesmessige reaksjoner, bekymringer, kommunikasjon, relasjonelle problemer, samlivsproblematikk, eksistensielle spørsmål og hvordan mestre å leve med sykdommen.

Relatert til ansikt til ansikt praksis er det ikke noen særskilt forskjell i tema som ble tatt opp under samtalerne via videokonferanse. Tilbakemelding fra pasientene viser at de mener at de kan ta opp tema som er aktuelle. Sårbare tema kan belyses og drøftes. Det kan for noen oppleves enklere å ha avstand når en skal snakke om tema som berører en sterkt følelsesmessig. Alle formidler at det ikke oppleves hemmende å samtale via lyd/bilde. I starten på samtalen kommenterer flere at det er uvant, men kort tid etter virker det som om dette blir glemt av brukerne. Ved bildeinstillingen forsøker en å redusere avstanden, slik at man kan ha øyekontakt og se hverandre tydelig. På denne måten fanges nyanser i kommunikasjonen bedre opp. Psykologen avklarer alltid ved samtals slutt hvordan pasienten har erfart samtalen, og sikrer at pasienten er i stand til å ivareta seg selv i etterkant.

Noen av pasientene tok opp medisinske problemstillinger og problemstillinger knyttet til levekår/rettighetsspørsmål. Psykologen involverte andre aktuelle fagpersoner slik at man best mulig kunne avklare/hjelpe pasienten. I noen tilfeller har Kreftforeningens rådgiver for levekår i seksjon Nord fulgt opp pasienten parallelt med psykologens samtaletilbud.

5.3 Brukererfaringer

De fleste av pasientene og pårørende som benyttet seg av tjenesten var positive til opplevelsen.. For noen av dem var dette nytt, og det gjenspeiles også i tilbakemeldingene. De fleste kommenterer at det å få et samtaletilbud nært hjemstedet, som et lavterskeltilbud, med kort ventetid, i stor grad er nyttig for å håndtere sin situasjon på en hensiktsmessig måte.

Noe av skepsisen hos en del av helsepersonellet i forkant handlet om hvorvidt det ville føles unaturlig å kommunisere via lyd/bilde om tema som en i utgangspunktet kan synes er vanskelig å formidle. Denne skepsisen var fremtredende også hos de pasientene som takket nei til samtaletilbudet. De brukerne som ble spurt og takket nei grunnet dette i en generell skepsis til bruk av teknologi i denne sammenhengen. Vi har imidlertid grunn til å anta, basert på de tilbakemeldinger vi fikk inn at en slik skepsis vil avta etter som tjenesten etableres, og en kan vise til gode erfaringer.

På bakgrunn av evalueringene, både muntlig og skriftlig, avkreftes denne antakelsen. Evalueringen viser at kommunikasjonen ikke oppleves hemmende via VK, og en av deltakerne vektla at det var en "god erfaring med "blikk-kontakt" når man prater med hverandre". Ingen rapporterer at det er vanskelig å kommunisere. Det er heller ingen som uttrykker at de er redde for at andre kan overheøre samtalen. Psykologen skrev ned sine erfaringer etter hver samtale og disse inngår også i evalueringen. Hennes erfaringer er

sammenfallende med det pasientene rapporterer. Det tar kort tid før en god kontakt er etablert, og samtalene forløper slik de gjør også når de gjennomføres i Kreftforeningens lokaler. Det kommer tydelig fram av evalueringen at brukerne føler seg møtt og forstått. De forteller at de kan ta opp uansett tema de er opptatt av. Det har i stor grad vært drøftet tema som er vesentlige i brukernes liv, og det ble etablert en trygg ramme rundt samtalen til tross for at en ikke er i samme rom. En av kvinnene sier: "Jeg føler meg fri til å ta opp det jeg har på hjertet, og synes det er godt å kunne snakke med noen som har kunnskap om hvordan det er å ha kreft."

Pasientene rapporterer at samtalene hjalp dem til å håndtere hverdagen bedre. Det å få bekreftet at ens reaksjoner ikke er unormale, er ofte medvirkende til å dempe bekymringer og usikkerhet. En av kvinnene uttrykker "Det hjelper meg å sortere tankene. Jeg har fått hjelp til lettere å kunne stoppe opp når bekymringene tar overhånd." Psykologen har i stor grad fokus på kognitiv tilnærming og har hatt et psykoedukativt perspektiv, både i forhold til kognisjon, stresshåndtering og empowerment-tenkning. Det vil si å ha et fokus på hva som hjelper, og hva en faktisk klarer. Samtalene har vekslet mellom å drøfte refleksjoner, avklare spørsmål, teste ut antakelser og forestillinger knyttet til sin situasjon. En av de mannlige pasientene sier " Det hjelper meg å få en dialog omkring mestring av hverdagen og kontinuerlig forbedring av min forståelse av situasjonen. Jeg får et bedre kognitivt rammeverk".

Deler av samtalen har handlet om informasjon, praktiske og konkrete råd. I følge brukerne har det vært et nyttig perspektiv. En av brukerne uttaler "Bare det å få satt ord på tankene mine hjelper meg bedre hva jeg sliter med. Jeg har fått svar på mange av mine spørsmål".

Et av målene med samtalene har vært at pasienter og pårørende skal klare å skifte fra et problemfokus til mestringsfokus, kunne se hvilke muligheter en har i sin livssituasjon til tross for alvorlig sykdom. Et annet mål har vært å styrke bevisstheten omkring hva hjelper og hva en faktisk klarer. En annen kvinne sier "I samtalen ble jeg mer klar over hva som er viktig for meg i livet mitt nå. Jeg ser tydeligere hva jeg må gjøre for å ha det bra." Kommentarer fra pasientene viser at samtalene langt på vei har innfridd målene.

Alle formidler at erfaringene med VK har svart til forventningene, noen rapporterer at det har svart til mer enn de hadde forventet. Alle sier de kan tenke seg å bruke et slikt tilbud igjen. Terskelen for bruk av tekniske medier synes å være senket. Til tross for en del tekniske problemer har det ikke forstyrret samtalen i så stor grad at en ikke har hatt utbytte av tilbudet. Disse tilbakemeldingene kan forstås dit hen at det er høy toleranse for at det kan oppstå problemer underveis. En betrakter imidlertid muligheten for psykologsamtaler som så nyttig at en er villig til å ta de tekniske problemene med på kjøpet.

5.4 Organisatoriske utfordringer

I oppstarten av en tjeneste stilles det krav til organisering og tilrettelegging. Kreftforeningen utfører ikke en lovpålagt tjeneste, og er dermed avhengig av et godt samarbeidsforhold til hver enkelt deltaker. Erfaringer fra prosjektet viste at de stedene som rekrutterte pasienter og pårørende også er de steder som bruker videokonferanse mye i sin tjeneste. Dermed kan det tidvis være vanskelig å få tilgang til studio og igjen gjøre vanskelig finne en tid for samtale som passer begge parter. I praksis er en avhengig av et tidspunkt som passer for tre parter: de lokale helsearbeidere, pasient / pårørende og psykolog. I begynnelsen satt psykologen av et bestemt tidspunkt i uka som skulle benyttes til samtalene. Det skulle etter hvert vise seg at dette ikke var en fullgod løsning. Grunnet utfordringer knyttet til tilgjengelighet av studio, finne tidspunkt som passer, og en fastsatt tid per uke for samtaler, skulle dette samlet sett vise seg i noen tilfeller å føre til avbestillinger og tap av deltakere. Fordi dette er en pasientgruppe der situasjonen er uforutsigbar for mange med plutselige sykehusinnleggelser, infeksjoner, dagsform, endret behandlingsopplegg, så kreves det en fleksibilitet mht avtaler. Etter hvert inntok psykologen en fleksibel rolle. Med det ble det også innført en mer stabil tjeneste, i og med at psykologen i større grad kunne avtale en tid som passet alle.

En ser også nødvendigheten av å sikre at en ikke blir forstyrret underveis. I Kreftforeningens lokaler må det tas hensyn til plassering av studio/ lydtetthet. Fortrolige samtaler må kunne foregå uforstyrret.

Det var også stor variasjon i rekruttering og bruk. Kommuner som er aktive brukere av VK har vært svært positive til prosjektet, og har bidratt aktivt til rekruttering. De har vært positive ambassadører for prosjektet. Betydningen av å etablere og vedlikeholde en god kontakt med kontaktpersonene i distriktene er av uvurderlig betydning.

I tillegg til de overnevnte utfordringer kommer en heller ikke utenom at det er en økonomisk faktor som også spiller inn. I og med at dette ikke er en lovpålagt tjeneste har heller ikke det offentlige helsevesenet ressurser satt av til dette. Prosjektet var helt avhengig av et godt samarbeid med det lokale helsepersonell for igangsettelse av dette tilbudet. På de stedene hvor tilbudet har fungert godt har det vært et godt samarbeid.

Kort sagt kan en si at en pasient- og pårørendeinkluderende tjeneste som dette krever god organisering, rekruttering og ikke minst tålmodighet før en kan se at tjenesten er etablert. Når en i tillegg vet at tjenesten som KF utfører ikke er lovpålagt, krever dette et godt og nært samarbeid med det lokale hjelpeapparatet.

Til tross for utfordringer, har prosjektet nådd et antall brukere en kan være fornøyd med.

5.5 Tekniske problemer

To brukere møtte opp i studio klar til samtale. Imidlertid oppstod det som helst ikke skal skje: utstyret lot seg ikke koble opp. Årsaken til at sendingen ikke lot seg gjennomføre i disse tilfellene beror på feil i nettverket, enten internt eller eksternt. Det kan også være tilfelle at utstyret ikke var rett satt opp hos en av partene. I disse to tilfellene klarte ikke partene å ordne problemene, til tross for at support ble tilkalt. Dermed måtte brukerne dra hjem igjen med uforrettet sak. Begge ble fulgt opp pr telefon i etterkant.

Det var også andre tilfeller av teknisk ustabilitet. Noen ganger medførte dette forsinkelser av oppstart. Brukerne var informert på forhånd om at dette kunne skje, og tok disse forsinkelsene med relativt godt humør. Likevel kan vi anta at det skal ikke mange forsinkelser til før brukere av en tjeneste som denne faller fra.

6 Veien videre

På bakgrunn av Kreftforeningens erfaringer er det stort behov for støttesamtaler blant pasienter og pårørende. Disse er en bred og sammensatt gruppe med mange ulike problemstillinger. Med den spredte geografiske bosetningen vi har, er det begrenset hvilken oppfølging en kan gi de som bor i distriktene. Tilbud om samtaler via videokonferanse synes å være et godt supplement til det offentlige helsevesens tilbud. Prosjektet vurderer at denne tjenesten er et godt faglig tilbud på bakgrunn av erfaringene en har gjort i prosjektperioden, og tilbakemeldingene fra brukerne. En har i andre studier funnet at behandling gitt via VK har gitt samme pasienttilfredshet og effekt som møter ansikt til ansikt (Vogel, 2009; O'Reilly et al., 2007; Ruskin et al., 2004; Simpson, 2001), noe som understøtter erfaringen gjort i gjeldende prosjekt. I prosjektet har man gjort en tilfredshetsevaluering. Ved en eventuell videreføring av tilbudet bør det vurderes andre evalueringsmål som for eksempel effektstudier med vekt på livskvalitetsmålinger.

Ved oppstart ble det antatt at et møte i forkant mellom bruker og psykolog var nødvendig for å etablere en trygg og tillitsfull ramme omkring samtalen. Det viste seg imidlertid at dette ikke var nødvendig i alle tilfeller. De største utfordringene for å etablere en tjeneste som denne var mer av organisatorisk art. Til tross for dette er det prosjektets anbefaling at brukerne tilbys et fysisk treff før en møtes via videokonferanse. Dermed er det opp til bruker, i samråd

med psykolog å avgjøre hvorvidt en trenger å treffes fysisk i forkant av første videokonferansesamtale.

Prosjektet har også erfart at det tar tid å forankre nye tjenester av en slik art som denne.. Kort sagt kan en si at forankringen krever målrettet jobbing, og tett oppfølging av kontaktpersonene. Prosjektet erfarte at flere brukere meldte seg etter at tilbudet hadde eksistert en stund. Dette tyder på at tilbudet ble mer synlig både blant lokalt helsepersonell så vel som hos brukerne.

Tilgjengeligheten til videokonferanseutstyr er stedvis relativt god i Nordland, Troms og Finnmark, særlig i Troms og Finnmark. Mange små steder har tilgang til utstyr ved det lokale helsesenteret. Det er imidlertid stedvis stort press på dette utstyret, i og med at det brukes også innenfor andre felt i det lokale hjelpeapparatet. Dette forhold kan ikke gjøre noe med, og en tjeneste som denne vil alltid eksistere i et "konkurransforhold" med andre brukere av utstyret. God planlegging og avtaler, etablering av gode rutiner, krav til fleksibilitet og god dialog med det lokale helsepersonell er avgjørende for å sikre en god forankring.

Økt tilgjengelighet gjennom bruk av videokonferanse gir muligheter til utvidelse av bruksområder, og muligheter kan være å tilby støttesamtaler og rettighetssamtaler med andre rådgivere i KF enn kun psykolog. Videre kan det tenkes etablering av et tilbud om veiledning for helsepersonell/kreftsykepleiere i distriktskommuner via videokonferanse.

Prosjektet ser et utviklingspotensial for denne tjenesten. En viktig forutsetning er å avklare ressursbruk i Kreftforeningen. Det har vært stilt store krav til fleksibilitet med hensyn til å få avtalt og gjennomført samtale. Det vil likevel være rammebetingelser som gjør at dette tilbudet krever mer planlegging enn samtaler der brukerne møter i Kreftforeningens lokaler. Etter hvert som tjenesten innarbeides og en får mer erfaring, antar prosjektet at et tilbud som dette vil bli mindre ressurskrevende. Hvorvidt det blir like lite omkostninger knyttet til bruk av VK sammenliknet med et møte i Kreftforeningens lokaler, kan ikke prosjektet konkludere med. Til det har bruksperioden vært for kort. Det prosjektet imidlertid kan konkludere med er at psykologen gjennom bruk av VK nådde pasienter som ikke hadde hatt tilgang til denne tjenesten før, og som heller ikke hadde hatt samtale i Kreftforeningens lokaler. Dette tilbudet bidrar til å realisere Kreftforeningens mål om å nå ut med sine tjenester til hele landet, også distrikts-Norge.

Brukerne var fornøyd med utfallet av samtale, og dette tyder på at her ligger det er potensial for videre utbredelse. Faglig sett kan prosjektet anbefale en videreutvikling av psykologsamtaler via videokonferanse.

7 Oppsummering

Hensikten med prosjektet "Psykologsamtaler til voksen kreftpasienter og pårørende via videokonferanse", har vært å gi pasienter og pårørende (brukerne) mulighet for psykologisk oppfølging uavhengig av hvor de bor og hvilke ressurser hjelpeapparatet i hjemkommunen har. I prosjektet har en jobbet med å etablere støttesamtaler via VK som en tjeneste med tanke på at et av Kreftforeningens mål er å bidra til at de som lever med kreftsykdom kan leve best mulig. En stor andel av pasienter / pårørende etterspør tilbud om psykososial oppfølging. Dette blir i varierende grad fulgt opp. Ved bruk av VK har Kreftforeningen lagt til rette for bedre muligheter for psykososial oppfølging nært hjemstedet. Dette lokale tilbudet er tidsbesparende og har mindre økonomiske omkostninger for mottakerne av tjenesten.

I etableringen av dette tilbudet har det for KF vært omkostninger knyttet til organiseringen og tilretteleggingen. Dermed har det vært mer kostnadskrevende for psykologen ved KF å gjennomføre samtale via videokonferanse, enn det er når brukerne møter opp ved Kreftforeningens lokaler. I denne vurderingen er det derimot ikke tatt hensyn til de omkostninger det ville medført om psykologen skulle foretatt den samme oppfølgingen gjennom ambulerende virksomhet. Videre viste det seg at de fleste brukerne som benyttet

seg av tjenesten ikke hadde møtte psykologen i forkant av samtalen via VK. Dermed har denne tjenesten nådd ut til en del av målgruppa som ikke ville hatt dette tilbudet ellers. Dette siste faller inn under og styrker Kreftforeningens målsetting om å nå ut til hele landet, også distrikts- Norge.

Kreftforeningens tilbud om psykologsamtaler er et lavterskeltilbud med kort ventetid. Slik skulle det også være når en nå tok i bruk videokonferanse. Det er et tilbud som pasienter / pårørende etterspør og er veldig godt fornøyd med. Støttesamtalene har fokus på mestring, og avhjelper dermed både pasienter og pårørende i en vanskelig livssituasjon. De empiriske funn fra prosjektet tyder på at bruk av videokonferanse ikke forringer opplevelse av nytte og støtte for pasientene / pårørende. Med dette faller funnene våre sammen med liknende funn gjort både nasjonalt så vel som internasjonalt.

Prosjektet har nådd sitt mål. Det ble i fase I gjennomført en behovskartlegging som viste at det var grunnlag for å starte opp psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse. Videre i fase II ble det på grunnlag av behovskartleggingen tilbudt, og gitt støttesamtaler via videokonferanse. Oppstarten av de første samtalene startet før kartleggingen var helt ferdig.

Prosjektet konkluderer med at dette er en tjeneste som har bevist sin eksistensberettigelse. Det kreves en viss investering, og ikke minst et vedvarende forankrings og rekrutteringsarbeid. Det er likevel grunn til å anta dette forankringsarbeidet gradvis vil avta ettersom tjenesten blir mer etablert. Disse forhold må igjen måles opp mot det en får igjen i kraft av at en når ut til personer som ellers ikke vil hatt tilgang til en tjeneste som denne.

For å understøtte dette argument skrev en pasient i sin evaluering, noe som forøvrig ble bekreftet av de andre som tok del i tjenesten: " dette er et tilbud som skulle vært tilgjengelig for flere. Det er flott at Kreftforeningen tenker på oss som bor i distriktene".

8 Referanser:

Vogel, Patrick: Videoconferanser og OCD. Grand seminar 2009.
<http://www.lpposlo.org/html/ocd.html>

Sheard, T & Maguire, P: The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. British Journal of Cancer 1999,1770-1780
Simpson, Susan (2001): The provision of a telepsychological service to Shetland: client and therapist satisfaction and the ability to develop a therapeutic alliance. Journal of Telemedicine and Telecare 2001; 7. Supplement 1: 34 – 6

Ruskin PE, Silver-Aylaian M, Kling MA, Reed SA, Bradham DD, Hebel JR, Barret D, Knowles F 3rd, Hauser P (2004): Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. The American Journal of Psychiatry. 2004 Aug.

O'Reilly, M.B., F.R.C.P.C., Bishop Joan, M.D., F.R.C.P.C., Maddox Karen, R.N., M.A., Hutchinson, M.D., F.R.C.P.C., Fisman Michael, M.B., F.R.C.P.C. and Takhar Jatinder, M.D., F.R.C.P.C. (2007): Is Telepsychiatry Equivalent to Face to Face Psychiatry? Results From a Randomized Controlled Equivalence Trial. Psychiatric services 58, June 2007.

Chochinov, H,M: Depression in cancer patients; Lancet Oncol 2001: 2: 499–505

