

Plan for kreftomsorg og lindrende behandling i Bjerkreim kommune

2016-2020



BJERKREIM
K O M M U N E

INNHold

Sammendrag	3
1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Mål med planen	5
1.3 Sentrale føringer for kreftomsorg og palliasjon	5
1.4 Kreftforekomst	5
2.0 Risikofaktorer og forebyggende arbeid	6
3.0 Kreftpasienten	7
3.1 Pårørende	7
3.2 Barn som pårørende	8
4.0 Kreftoverlevere og rehabilitering	8
4.1 Rehabilitering	9
4.2 Sen-effekter etter kreftbehandling	9
5.0 Palliasjon til pasienter med demenssykdom.....	9
6.0 Etiske perspektiver.....	10
7.0 Organisering av pleie og omsorgstjenestene	11
7.1 Kreftkoordinator i Bjerkreim kommune	11
8.0 Samhandling og samarbeidspartnere	12
8.1 Helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede.....	12
8.2 Fastlegens rolle	12
8.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid	12
8.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	13
8.5 Den norske Kreftforening.....	13
8.6 Kreftomsorg i Rogaland.....	13
9.0 Ressurssykepleienettverk for alvorlig syke og døende i Dalane	14
10.0 Innsatsområder og tiltak	15
10.1 Fokus på forebyggende helsearbeid	15
10.2 Styrke samhandlingen med SUS.....	15
10.3 Lindrende rom ved Bjerkreim omsorgssenter	15
10.4 Kompetanse innenfor Kreftomsorg og palliasjon.....	16
10.5 Medikamentell symptomlindring i livets slutfase	16
10.6 Palliasjon til eldre med demens	16
10.7 Oppfølging av etterlatte	17
12.0 Handlingsplan 2016-2020.....	17

Sammendrag

Pleie og omsorgsavdelingen i Bjerkreim kommune utarbeidet i 2009 en kreftplan. Denne planen er nå revidert og er gjeldende fra 2016 – 2020. Planen beskriver organiseringen av sykepleien til kreftpasienter og palliative pasienter i kommunen. Den beskriver status, utfordringer samt videre satsningsområder innenfor fagområdet. Kreftkoordinator er ansvarlig for oppfølging av planen.

Kreftplanen definerer 5 hovedsatsningsområder innenfor kreftomsorgen:

- Forebyggende helsearbeid i forhold til kreft
- Styrking av samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Kvalitetssikring av sykepleien, og symptomlindring til terminale pasienter
- Kreftoverlevere og rehabilitering
- Palliasjon til eldre med hovedfokus på demens

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Bjerkreim kommune ønsker å arbeide aktivt for å møte utfordringene innenfor kreftomsorgen. Med bakgrunn i denne kreftplanen vil kommunen ha lagt en strategi for å videreutvikle kvalitet, kompetanse og tilstrekkelig ressurser i forhold til denne aktuelle pasientgruppen. En stor utfordring for norsk kreftomsorg er den betydelige økningen av nye krefttilfeller i årene som kommer, spesielt blant eldre. Denne økningen vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i kommunale helse og omsorgstjenester (Sammen for kreft 2013-2017).

Samtidig er antallet kreftoverlevende stigende og kommer til å fortsette å stige i årene fremover. Dette skyldes delvis at muligheten for å overleve en kreftsykdom er blitt bedre, men også at den norske befolkningen blir eldre (Møller & Langmark, 2013). Å finne en ny normal etter kreftsykdom og å leve med omfattende langtidsbivirkninger kan være krevende og vil også utfordre kompetanse og kapasitet i kommunale helse og omsorgstjenester.

Denne planen omfatter også palliasjon. Palliasjon er en tilnæringsmåte som handler om å forebygge og lindre lidelse gjennom tidlig identifisering, god kartlegging og god behandling av smerter og andre symptomer. I "Norsk Standard for Palliasjon" presiseres det at døende pasienter bør få mulighet til å avslutte livet i nærmiljøet, alt etter pasientens ønsker og behov. Dette samsvarer også med Omsorg 2020 (Helsedirektoratet) der den uhelbredelig syke er i fokus og skal oppleve livets slutfase så trygg og meningsfull som mulig. Å ha hjemmetid og få dø i eget hjem kan forsterke tilhørighet til og samarbeid med familien og lokalsamfunnet. For å kunne ivareta pasienter og pårørendes behov er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med mer integrerte tjenester i kommunene. En særlig utfordring er møtet med den døende pasient med kognitiv svikt. Denne planen belyser de muligheter pasienter i Bjerkreim kommune har, men påpeker også ulike problemstillinger og utfordringer kommunen står overfor i de kommende år.

1.2 Mål med planen

Målsettingen med kreftplanen i Bjerkreim kommune er at den skal:

- Gi informasjon om status og forventet utvikling av kreft i kommunen
- Være et hjelpemiddel for riktig prioritering
- Sette fokus på viktigheten av å forebygge kreft
- Formidle informasjon til aktuelle aktører om tilbudet til kreftpasienter i Bjerkreim kommune og videreføre kommunalt, interkommunalt og regionalt samarbeid.
- Kunne tilby støtte til kreftoverlevende og håndtering av korttids og langtidsbivirkninger
- Være et ledd i å kvalitetssikre pleie og behandling til kreftpasienter og deres pårørende
- Sette fokus på betydningen av målrettet palliasjon til eldre med demens.

1.3 Sentrale føringer for kreftomsorg og palliasjon

Utviklingen av antall krefttilfeller er sterkt økende, og kreft er en nasjonal utfordring. For å møte denne utfordringen, vil det være nødvendig å arbeide offensivt og strategisk. Det bør legges vekt på å bedre kvaliteten og kompetansen i forhold til denne pasientgruppen.

I løpet av de siste årene har det kommet flere sentrale føringer innenfor disse områdene:

- Stortingsmelding nr 26 (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet*
- Stortingsmelding nr 19. (2014-2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.*
- Helse og omsorgsdepartementet (2015) *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*
- Helse og omsorgsdepartementet (2014). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015.*
- Helse og omsorgsdepartementet (2013) *Sammen- mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017.*
- Helse og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*
- Helse og omsorgsdepartementet (2012). *Samhandlingsreformen*
- Helse og omsorgsdepartementet (2015) *Nasjonal strategi for arbeid innenfor palliasjon i kreftomsorgen.*
- NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*
- *Standard for palliasjon.* (2004) Utgitt av Den Norske Lægeforening

1.4 Kreftforekomst

Alle personer i Norge som får en kreftdiagnose registreres i Kreftregisteret. Fra 1953 til i dag har folketallet økt med nesten 2 millioner. Andelen av eldre i befolkningen har også økt.

Begge disse faktorene bidrar i seg selv til at vi i dag har flere krefttilfeller enn for seksti år siden, men økningen kan også skyldes bedre diagnostikk og økende grad av kreftfremkallende påvirkning.

I 2015 ble 32 592 nye krefttilfeller registrert i Kreftregisteret. Av disse var 17 498 menn og 15 094 kvinner. Risikoen for å rammes av en kreftsykdom øker med alderen og 36% av alle menn og 29% av alle kvinner vil rammes av en kreftsykdom innen fylte 75 år.

For alle aldre samlet sett er de vanligste kreftformene blant menn prostatakreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og blærekreft. For kvinner er den vanligste kreftformene brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og føflekkreft.

Ved utgangen av 2015 var 252 997 norske menn og kvinner i live etter å ha hatt en kreftdiagnose. Av alle dødsfall i Norge i 2014, var omtrent 25% forårsaket av kreft.

Lungekreft var den vanligste dødsårsaken blant alle kreftdødsfallene.

Mellom 2011 og 2015 var det 72 kvinner og menn som fikk kreft i Bjerkreim kommune, der 8 av tilfellene var under 50 år. I 2015 fikk 11 innbyggere i Bjerkreim en kreftdiagnose (Kreftregisteret, 2016).

2.0 Risikofaktorer og forebyggende arbeid

Mange av kreftformene oppstår uten at en kjenner årsaken, men forskning viser at kreftforekomstene som kan forebygges er de som øker mest (Kreftregisteret 2016). Omtrent hvert tredje krefttilfelle skyldes levevaner (Boyle og Autier, 2003). Det er derfor viktig å drive forebyggende arbeid i forhold til kreft.

For begge kjønn samlet kan mellom 43 og 60 % av krefttilfellene i spiserøret, svelget og munnhulen tilskrives virkningen av tobakk (Boyle og Autier, 2003). En stor andel krefttilfeller av urinblærekreft og kreft i bukspyttkjertelen har også sammenheng med tobakksrøyk. Forekomst av føflekkreft har økt kraftig blant menn og kvinner i Norge og internasjonalt i etterkrigstiden og forekomsten i Norge er blant de høyeste i verden. Dette skyldes sannsynligvis endrede solingsvaner og bruk av solarium (Kreftregisteret, 2016). Føflekkreft er en "enkel" sykdom å forebygge, der det viktigste er å unngå å bli solbrent, bruke solkrem med høy faktor, ta pauser fra sola når den er på sitt sterkeste eller bruke klær som beskyttelse. Å bli solbrent i solarium er like uheldig som å bli brent utendørs. Myndighetene har innført 18 års aldersgrense for solarium i Norge. Unge frarådes å bruke solarium da risikoen for å få føflekkreft øker for de som begynner å bruke solarium tidlig (Kreftregisteret, 2016).

Det er godt dokumentert at fedme er en hovedårsak til sykkelighet og dødelighet. Fedme er den største risikofaktoren for kronisk sykdom i vestlige land etter røyking. Fedme øker særlig risikoen for diabetes, hjerte/kar sykdom og kreft. Fedme øker særlig faren for tykktarmskreft, livmorkreft, kreft i spiserøret, nyrekreft og kreft i galleblæren.

Det er entydig belegg for at det er sammenheng mellom regelmessig fysisk aktivitet og lavere risiko for ulike krefttyper. Denne oppsummeringen er basert på en omfattende studie av vektkontroll og fysisk aktivitet publisert av International Agency for Research on Cancer (IARC).



Tidlig diagnose øker sjansen for helbredelse. Det er derfor av stor betydning å spre informasjon om at forandringer i kroppen bør undersøkes. Dette vil kunne gi en betydelig helsegevinst. Det er nedlagt mye arbeid i masseundersøkelser for å finne enkle metoder for å oppdage kreft på et tidlig tidspunkt. Det er derfor viktig å spre informasjon til innbyggere i kommunen om tegn og symptomer som bør undersøkes av lege.

Det er imidlertid viktig å være bevisst på faren for å påføre pasienten skyldfølelse for en kreftdiagnose. To av tre tilfeller skyldes forhold vi fremdeles ikke har kontroll over.

3.0 Kreftpasienten

Kreftpasienten er i gjennomsnitt en person midt i livet, men kreft kan også ramme barn, ungdom eller en forelder med ansvar for familie.

Kreft blir av de aller fleste oppfattet som synonymt med smerter, lidelse og død. Heldigvis er bildet mer nyansert enn dette. Grundig og saklig informasjon vil kunne bidra til å nyansere denne oppfattelsen. Kreftsykdommen og behandlingen av denne er ofte kompleks. Kompetent personell er derfor nødvendig for å bistå denne pasientgruppen gjennom utredning, behandling, og mot en eventuell død.

Sykdomsforløpet vil være helt avhengig av hvilken type kreft det dreier seg om, samt alder og allmenntilstand. Det kan være store forskjeller på både sykdomsforløp og behandling hos to pasienter med samme diagnose. En kreftpasient går ofte igjennom ulike faser i løpet av sykdomsperioden. Pasientene kan ha gode perioder hvor en føler seg tilnærmet frisk, mens en i andre perioder vil kunne være helt avhengig av hjelp fra helsepersonell.

3.1 Pårørende

En kreftdiagnose rammer ikke bare pasienten selv. Hele familien berøres i større eller mindre grad. Familiens utfordringer er ofte knyttet til indre forhold som bekymringer, endring av roller og behov for emosjonell støtte, men også ytre forhold berøres. Familier får ofte behov for praktisk hjelp og tilrettelegging, informasjon, ansvarsavklaring og sosial

støtte. Selv om hjelpeapparatet ofte vil fokusere på den syke, er det viktig å se hele familien. Barn har helt spesielle behov, men også ektefelle, pasientens foreldre og voksne barn bør inkluderes i omsorgen. Fagpersonell som har kontakt med familien, bør ha kunnskaper om kriser og mestring av kriser. Samtaler og samhandling kan være en god hjelp i seg selv. Arbeid med familier er gjerne basert på å hjelpe dem til å finne fram til egne løsninger framfor å overbringe løsninger. Det er i denne sammenheng viktig å gi familiene tilbud om praktisk hjelp.

3.2 Barn som pårørende

Barns opplevelse av trygghet, tilfredshet og tilstrekkelig omsorg er sterkt knyttet til foreldrenes livssituasjon. Barn av pasienter som er alvorlig syke eller skadde kan derfor være sårbare. De har behov for informasjon og oppfølging for å mestre krisen som de står opp i. Det viser seg at barn som har fått informasjon og oppfølging blir trygge barn. Fra 1. januar 2010 ble helsepersonell lovpålagt å bidra til nødvendig informasjon og oppfølging av mindreårige barn av pasienter som er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde. Helsetjenesten i kommunen har plikt til å ivareta barn som pårørende i tilsvarende utstrekning som i spesialisthelsetjenesten, jfr Helsepersonelloven § 10 a. Kommunene har derimot ikke den samme plikten til å utnevne barneansvarlig helsepersonell som for spesialisthelsetjenesten, jfr Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a.

4.0 Kreftoverlevende og rehabilitering

Kommunale helse og omsorgstjenester vil få ansvar for flere og sykere kreftpasienter med sammensatte behov. Langt flere personer lever med kreftsykdom, det utføres mer poliklinisk behandling og det blir færre og kortere sykehusinnleggelses. I tillegg er det et mål at behandling som kan desentraliseres blir tilbudt lokalt, gjerne i samarbeid med kommunene. Kommunene skal i følge Kreftstrategi (2013-2017), sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor best effektive omsorgsnivå. Dette krever både kapasitet, kompetanse og god koordinering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Ved hjelp av lover og ulike handlingsplaner er brukermedvirkning nå innført innenfor ulike virksomheter, også i helse- og sosialfaglig sammenheng. Med brukermedvirkning menes den innflytelse bruker har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud der han selv er berørt. Brukermedvirkning forutsetter at man ikke lenger betrakter den hjelpetrequende som en ensidig mottaker av tjenester. Brukeren skal innta en rolle som aktiv deltaker i sin egen behandlingsprosess.

For en del av kreftpasientene i kommunen, vil det være aktuelt å bruke individuelle planer på grunn av mange og sammensatte behov. Hensikten med planen er at pasienten selv skal delta aktivt i opplegget rundt ham. Det er pasienten selv som utnevner en koordinator for den individuelle planen.

4.1 Rehabilitering

Rehabilitering defineres som tidsbegrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler (WHO, 2001). Rehabilitering har som formål å tilbakeføre en kreftpasient til et normalt liv og er en prosess der pasienten er aktivt medvirkende og støttes til å oppnå optimalt funksjonsnivå etter å ha gjennomgått kreft. (Espensen, 2003). Rehabilitering er mer enn fysisk opptrening og har fokus på potensiale og ikke sykdom. For å kunne hjelpe kreftpasienter med rehabilitering kreves det kunnskap om sykdommen, behandlingen, korttidsbivirkninger og langtidsbivirkninger av både sykdom og behandling.

4.2 Sen-effekter etter kreftbehandling

Nye behandlingsformer og mer intensiv kreftbehandling har ført til at andelen pasienter som blir friske har økt. Men mange pasienter kan utvikle nye helseproblemer som skyldes sykdommen og/eller behandlingen. Slike helseproblemer kalles sen-effekter. Sen-effekter kan være vedvarende symptomer, funksjonsbegrensninger og sykdommer som oppstår under eller kort tid etter kreftbehandlingen. Sen-effektene kan debutere fra måneder til mange år etter avsluttet kreftbehandling.

Barn og unge kan leve lenge med sen-effekter av kreft. Ungdomstiden er sårbar for mange og kreft innebærer en betydelig ekstrabelastning. Ungdom trenger også spesiell oppfølging når det gjelder utdanning, arbeidsliv og det sosiale livet. En tverrfaglig tilnærming bestående av for eksempel helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastlege og kreftsykepleier kan bidra til at barn og unge med sen-effekter av kreft, både somatiske og psykiske, får den oppfølgingen de trenger og har krav på for å kunne møte ungdomstiden og voksenlivet på en god måte («Sammen - mot kreft» - Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017).

5.0 Palliasjon til pasienter med demenssykdom

Det finnes ingen sikre tall på hvor mange pasienter det er i Norge som har demens. Helsedirektoratet oppgir på sine internettsider at antallet demensrammede i Norge er 71 000 (2016). Det er med sikkerhet å si at antall eldre over 65 år vil stige betraktelig, og det forventes en kraftig økning av demensrammede de nærmeste årene. Helsedirektoratet har utarbeidet en 5 års plan for å forbedre tilbudet til personer med demens og deres pårørende (Demensplan 2020). Det er behov for mer kunnskap om hva som er god omsorg ved livets slutt for personer med demens. Grunnverdiene i alle tilbud

innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er at den som skal dø blir ivaretatt som en hel person; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, og at pårørende blir ivaretatt på en god og omsorgsfull måte. Dette krever planlegging i tidlig fase, og det viser seg at god planlegging og samarbeid med pasient og pårørende også kan bidra til å redusere antall sykehusinnleggelseser.

6.0 Ethiske perspektiver

Det å få en kreftdiagnose er en belastning i seg selv, og belastningen blir ofte enda større dersom sykdommen ikke kan kureres. Med god samhandling mellom det profesjonelle hjelpeapparatet og pasientens familie kan en oppnå mye. For helsepersonell er det viktig å være klar over at mange situasjoner er nye og krevende for pasienten og familien. God veiledning og oppfølging fra helsevesenets side er en nødvendighet for å oppnå en tilfredsstillende situasjon i hjemmet.

I et behandlingsmotivert samfunn, kan det være en stor utfordring å avslutte livsforlengende behandling på riktig tidspunkt. Hva som er riktig tidspunkt vil være avhengig av flere faktorer, slik som sykdommens utbredelse og natur, pasientens og familiens ønsker, og pasientens alder og allmenntilstand. Beslutningen om å avslutte en livsforlengende behandling, tas av legen i samråd med pasienten/familien og eventuelt annet kompetent helsepersonell.

Målet med all lindrende behandling er å lindre plager samt å gi behandling som ikke unødig forlenger en lidelse. Ikke sjelden står man overfor dilemmaer hvorvidt man skal avslutte en mulig livsforlengende behandling opp imot det å fortsette en behandling unødvendig for å forlenge en lidelse. Slike beslutninger er vanskelige og bør være et tema som stadig tas opp til debatt og refleksjon.

Pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid skal prioriteres høyt. Pasienter i livets slutfase må gis muligheter til å leve best mulig, ved at de tilbys optimal symptomkontroll. Det blir viktig å legge til rette praktiske forhold, slik at pasienter som ønsker å tilbringe den siste tiden hjemme får mulighet til det. Det har på vegne av Helsedirektoratet blitt gjennomført en evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling. Evalueringen har lagt særlig vekt på å vurdere innhold, kvalitet og tilgjengelighet til lindrende behandling fra tjenesteutøvernes perspektiv. I rapporten kommer det fram at helsepersonell ønsker å tilrettelegge for hjemmedød dersom pasienten ønsker dette. Det pekes også på at hjemmetid i livets siste fase kan være en riktigere målsetting enn hjemmedød. Pasienter som ikke ønsker eller har mulighet til å være hjemme, bør få tilbud om å tilbringe sine siste dager i en tilrettelagt "lindrende seng" på Omsorgssenteret der pårørende kan tilbringe tid sammen med pasienten så lenge som ønskelig (se punkt 10.3).

7.0 Organisering av pleie og omsorgstjenestene

Tildeling av pleie- og omsorgstjenester i Bjerkreim kommune blir vurdert ut fra behov. Brukerne av systemet skal til enhver tid være i fokus, og det er ønskelig å utføre arbeidet ut fra følgende brukermål:

- Trygghet
- Respekt for personlighet og privatliv
- Meningsfull tilværelse
- En egen kontaktperson
- Godt samarbeid med pårørende

7.1 Kreftkoordinator i Bjerkreim kommune

Kreftsykepleiers ansvarsområde i kommunen er:

- Ha ansvar (sammen med soneledere og virksomhetsleder) for å lage gode systemer og rutiner for oppfølging av kreft- og palliative pasienter, inkludert terminalpleie.
- Ha oversikt over, og samordne tjenestene til disse pasientene, i den grad det er mulig.
- Yte helhetlig omsorg til kreftsyke og deres pårørende i alle stadier av sykdomsforløpet
- Skal identifisere problem, planlegge, iverksette, og evaluere sykepleietiltak ut fra den enkeltes pasients problemer og behov.
- Skal aktivt søke å lindre smerte og andre plagsomme symptomer i alle faser av sykdommen
- Være formidler og koordinator når nye kreftpasienter meldes fra SUS.
- Være ansvarlig for 1.gangs vurderings- og hjemmebesøk hos pasienter i denne pasientkategorien.
- Være koordinator for kreftpasienter med individuelle planer.
- Være pådriver for at delta i forebyggende og helsefremmende tiltak som kan redusere kreftrisikoen
- Ta ansvar for å selv være faglig oppdatert, og bidra til å formidle kunnskap videre på samme nivå.
- Kreftsykepleier skal gi råd og veiledning til kollegaer, men trenger ikke alltid selv å være pasientansvarlig sykepleier for pasienten.

8.0 Samhandling og samarbeidspartnere

8.1 Helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede

Pakkeforløpene for kreft er standardiserte pasientforløp som skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg og legge grunnlaget for bedre samhandling i pasientforløpet og samtidig redusere risikofaktorer og unødvendig ventetid for pasientene (Helsedirektoratet, 2015). 28 pakkeforløp for kreft og 31 diagnoseveiledere for fastlegene ble etablert i 2015. Dette innbefatter tidlig diagnostikk og raskere behandling. Hensikten med pakkeforløpene er å skape en helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede. Nær åtte av ti kreftpasienter som er med i pakkeforløp for kreft, får behandling innen fastsatt tid, i følge helse og omsorgsdepartementet (2015). Forløpskoordinatorer på sykehus er ofte bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten der oppfølgingen fra kommunen kommer under og spesielt etter behandling på sykehus.

8.2 Fastlegens rolle

Nasjonal Helseplan (2007-2010), peker blant annet på at fastlegens rolle i arbeidet med alvorlig syke og døende må styrkes. I tillegg blir det pekt på at det faglige nivået på sykehjem må høynes. I dag har tilsynslege en fast dag på Omsorgssenteret, i tillegg til at begge kommunelegene og turnuslege er tilgjengelige ved pasientutfordringer.

Legekontoret er i dag en viktig samarbeidspartner i arbeidet rundt kreftpasienten. Et nært samarbeid med pasientens fastlege gjennom hele sykdomsforløpet er en forutsetning for en helhetlig pleie og behandling av pasienten. Legekontoret prioriterer pasienter med alvorlige diagnoser slik at disse får legetilsyn så snart som mulig. Bjerkreim kommune har behandlingsteam som består av tilsynslege, kommuneoverlege, kreftkoordinator, kreft/palliativ sykepleier og soneledere etter behov. Teamet møtes en gang i måneden og skal bidra til mer koordinerte tjenester, større bredde i tjenestetilbudet og riktige arbeidsdeling mellom helsepersonell. Dette på grunn av antall kreftpasienter og pasienter med behov for palliasjon stadig øker og disse pasientgruppene har i tillegg ofte omfattende problemstillinger og hyppige endringer i sykdomsbildet.

Både lege og (annet helsepersonell) foretar hjemmebesøk i de tilfeller der dette er påkrevd.

8.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Alvorlig og langvarig kreftsykdom vil ofte få konsekvenser både for privat økonomi og for evnen til praktiske gjøremål. Mange av kreftpasientene er så syke at de trenger hjelp og tilrettelegging til å organisere hverdagen rundt seg. Et nært samarbeid med andre etater er viktig for å kunne skreddersy et opplegg rundt den enkelte pasient. Både NAV, helsestasjon, skoler/barnehager, fysioterapeuter, psykisk helse og hjelpemiddelsentral er eksempler på viktige samarbeidspartnere både innen palliativ omsorg og kreftrehabilitering.

8.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Ansatte ved Bjerkreim Omsorgssenter arbeider aktivt for å styrke samarbeidet med andre aktuelle instanser, særlig Stavanger Universitetssykehus (SUS).

Nasjonal Helseplan (2007-2010), peker på at kompetanseoverføring mellom 1. og 2. linjetjenesten er et viktig satsningsområde for å heve kompetansen ute i kommunene. I tillegg til ressurspsykepleienettverket, får kommunen jevnlig tilbud om kurs, arrangert av SUS.

Mobilt Palliativt team (MPT), er en svært viktig ressurs for pleie- og omsorgstjenesten i Bjerkreim. MPT er et ambulant team, organisert under Palliativt senter på kreftavdelingen på Stavanger Universitet sykehus. Teamet består av anestesilege, kreftsykepleiere, og palliasjonssykepleier. Teamet reiser på hjemmebesøk hos pasienter ute i kommunene, eller bistår med hjelp per telefon når situasjonen krever det. Teamet skal bidra med å sikre et godt samarbeid mellom spesialist og kommunehelsetjenesten, slik at pasient og pårørende opplever trygghet og kontinuitet i behandlingen.

8.5 Den norske Kreftforening



Kreftforeningen støtter kreftpasienter og deres pårørende. På seksjoner rundt i landet sykdom kan påvirke livssituasjonen til dem som rammes. Seksjonene har mange gratis tilbud til pasienter og pårørende. Kreftforeningen har sju seksjoner som dekker alle fylker. Den enkelte seksjon har tilbud til pasienter, pårørende og fagpersoner. Dalane - kommunene sokner inn under seksjon Sør-Vest. (Vest-Agder, Aust-Agder, og Rogaland).

8.6 Kreftomsorg i Rogaland



KREFTOMSORG ROGALAND (KOR) ble stiftet som forening den 16.11.06. KOR er en forening med formål å handle til beste for kreftpasientene og pårørende. Et av hovedmålene er at alle har et omsorgs- og kompetansesenter å henvende seg til i Rogaland. KOR skal drive eget omsorgs- og kompetansesenter for kreftrammede og deres pårørende lokalt i Rogaland og på denne måten være en ressurs for disse.

KOR har mange års erfaring med arbeid innen kreftomsorg. Rogaland er blant de fylkene med flest nye tilfeller av kreft i året. Det er et hovedmål for KOR at innsamlede midler og ressurser i sin helhet blir disponert og benyttet til lokalt kreftarbeid.

KOR tilbyr blant annet:

Enkeltsamtaler og samtalegrupper for pasienter, pårørende og etterlatte.

- Kurs innen kommunikasjon for par som blir rammet av kreft
- Informasjon/foredrag for skoleklasser, veiledning i skole, SFO, barnehager og helsesøster.
- Undervisning/kurs for helsepersonell og andre som møter kreftpasienter og deres pårørende.
- Støtte og hjelp overfor bedrifter hvor ansatte eller deres familie blir rammet av kreft.

KOR tilbyr samtale, hjelp og støtte fra kreftsykepleier på telefon, på omsorgssenteret i Sanitetens Helsehus eller der hvor pasienten er (hjemme, på SUS eller andre steder).

9.0 Ressurssykepleienettverk for alvorlig syke og døende i Dalane

Kreftbehandling i spesialisthelsetjenesten foregår dels ved regionsykehusets spesialavdelinger, og dels ved spesialenheter og poliklinikker på andre sykehus i regionen. Avhengig av diagnosen skjer behandlingen på flere nivå. Samtidig med at avansert kreftkirurgi samles, desentraliseres tilbudet om enklere kreftbehandling, oppfølging, rehabilitering og lindrende behandling.

Stavanger Universitetssykehus (SUS) har utarbeidet retningslinjer for kompetanseheving innenfor kreftomsorgen. Fylket er delt inn i ulike områder, hvor Bjerkreim kommune tilhører ressursykepleienettverket i Dalane. Bjerkreim kommune har i flere år deltatt aktivt i dette arbeidet. Denne avtalen innebærer at kreftsykepleier i kommunen (og evt. ressursykepleier) skal delta i faste møter/samlinger, og dermed få systematisk kompetanseheving som skal videreformidles i kommunen.

Nettverket består av kreftsykepleier/ressursykepleier i hver kommune/sone, fra hjemmesykepleien og/eller sykehjem, og på hver sykehusavdeling som behandler kreftpasienter og har behov for lindrende behandling.

Nettverket skal være sentralt for å ivareta kontinuitet i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter, og for å spre kompetanse om kreftomsorg og palliasjon i hele foretaksområdet.

De praktiske oppgavene til ressursykepleierne er knyttet til:

- klinisk arbeid på arbeidsplassen
- samhandling og systemarbeid
- klinisk forbedringsarbeid og kompetanseoppbygging

10.0 Innsatsområder og tiltak

10.1 Fokus på forebyggende helsearbeid

Det er ønskelig å sette fokus på den helsegevinsten som ligger i forebyggende helsearbeid i forhold til kreft. Planen er å inngå et samarbeid med helsestasjon og skole i forhold til undervisning og informasjon til barn og ungdom i Bjerkreim kommune. En ønsker å ha fokus på kosthold, røyk, fysisk aktivitet og soling. Dette fordi en mener det ligger en stor helsegevinst i å drive et aktivt forebyggende helsearbeid i et forsøk på å redusere antall krefttilfeller.

10.2 Styrke samhandlingen med SUS

Et viktig bidrag i å styrke samhandlingen med SUS, er å delta på nettverksmøter. Et nettverksmøte er et møte som ofte gjennomføres i forbindelse med at en pasient utskrives fra sykehus. Hensikten med møtet, er å få informasjon og en felles forståelse for hvordan pasientens helsesituasjon er. Dette gjelder hvilke undersøkelser som er gjort, hvilken behandling som er gitt, og planen videre. Det er en forutsetning at både behandlende lege og sykepleier fra avdelingen er til stede. I tillegg bør pasienten ha med en eller flere pårørende. Som representant fra kommunen, deltar oftest kreftsykepleier og primærlegen (dersom det er mulig). Erfaring viser at en i nettverksmøte får god anledning til å få oppklarende informasjon, slik at en kan legge gode og realistiske planer for pasienten i tiden fremover. På denne måten får pasient, pårørende og helsepersonell et felles utgangspunkt. Disse møtene er viktige bidrag for å unngå for tidlige utskrivelser og unødvendige innleggelse på grunn av mangelfull kommunikasjon mellom første og andre- linjetjenesten.

10.3 Lindrende rom ved Bjerkreim omsorgssenter

Ved Bjerkreim omsorgssenter er det etablert et lindrende rom. Dette rommet er tilgjengelig for pasienter med behov for avansert symptomlindring, og som av ulike grunner ikke kan få tilstrekkelig hjelp i hjemmet. Palliative pasienter skal prioriteres for dette rommet. Samme rom blir også brukt til "øyeblikkelig hjelp" pasienter der en ønsker å unngå sykehusinnleggelse og heller behandle pasientene på Omsorgssenteret. På denne måten kan en gi kommunens innbyggere et tilbud i nærområdet og samtidig forhindre høye kostnader forbundet med sykehusopphold. Rommet skal til daglig skal fungere som et korttidsrom hvor pasienter er inne på rullerende opphold. Inntaksteamet vil ha dette med i vurderingen ved tildeling av søknader om opphold.

10.4 Kompetanse innenfor Kreftomsorg og palliasjon

Det er en utfordring å være faglig oppdatert innenfor kreftomsorgen. Det foregår mye forskning innenfor området, og utviklingen går raskt. For å gi et faglig forsvarlig tilbud til kreftpasientene i kommunen, må vi som helsepersonell være faglig oppdatert til enhver tid. Dette gjelder særlig i forhold til symptomlindring. Lokalt på Omsorgsenteret er det opprettet kompetansegrupper innenfor ulike fagområder. En av kompetansegruppene arbeider med oppdatering og fagutvikling innenfor palliasjon. Medlemmene av gruppen fungerer i hverdagen som ressurspersoner innenfor palliasjon (lindring/symptomlindring). Ressurspersonene har til daglig en rådgivende funksjon i forhold til andre kollegaer. Det er ønskelig at det også legges til rette for kompetanseheving innenfor legetjenesten i kommunen.

10.5 Medikamentell symptomlindring i livets slutfase

Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helseregion Vest, har i samarbeid med Sunniva klinikk i Bergen utarbeidet en plan for lindring av symptomer i slutfasen, tiltakspakken Livets Siste Dager. Denne planen danner grunnlaget for retningslinjene som brukes i kommunen. Medikamentskrinet inneholder de fire viktigste medikamentene som brukes i terminalfasen. Legen er ansvarlig for forsvarlig bruk av skrinet, og skrinet skal ikke tas i bruk dersom pasienten ikke er tilsett av lege og deretter erklært terminal. Medikamentene skal forordnes og signeres av lege. Disse medikamentene gis subkutant i neoflon eller i subcutan smertepumpe. Før medikamentene gis, skal de kontrolleres og signeres av to sykepleiere. Effekt skal vurderes fortløpende. Medikamentskrinet er stasjonert på omsorgssenteret, og skal alltid være klart til bruk. Dersom det skal brukes til pasienter utenfor omsorgssenteret, skal lege fylle ut resept.

10.6 Palliasjon til eldre med demens

Det er flere sentrale temaer og utfordringer i demensomsorgen og palliasjon. Eksempel på dette kan være:

- Manglende forståelse for sykdomsutviklingen
- Kommunikasjon og informasjon
- Gjenkjenne og vurdere smerter
- Holdninger i forhold til behandlingsintensitet og livskvalitet
- Innleggelse på sykehus, der det ofte er pårørendes forståelse av prognose/forventet levetid som er den avgjørende faktor om pasienten skal legges inn på sykehus.
- God kommunikasjon med pårørende

Bjerkreim kommune har 15 ansatte ved Omsorgssenteret som har gjennomgått kurset Demensomsorgens ABC. Det har nylig kommet et tillegg til dette undervisningsopplegget

som inkluderer et kapittel om palliasjon. Det er behov for mer kunnskap om hva som er god omsorg ved livets slutt for personer med demens. Dette er et videre satsningsområdet.

10.7 Oppfølging av etterlatte

Bjerkreim Omsorgssenter har tatt i bruk 4 trinns modellen for oppfølging av etterlatte. Denne planen innbefatter at primærkontakt/ressurspersoner har et ekstra ansvar for å holde kontakt med pårørende etter et dødsfall. En kontakter pårørende/etterlatte en uke etter dødsfallet, en måned etter, og sender et kort/hilsen ca et år etter dødsfallet.

12.0 Handlingsplan 2016-2020

For å kunne gjennomføre plan for kreftomsorgen, bør følgende vektlegges:

- Videreføre kompetansehevingsplan for personell ved omsorgssenteret og påse at nøkkelpersoner/ressurspersoner holdes faglig oppdatert.
- Utarbeide kompetansehevingsplan for leger i kommunen; med hovedvekt på tilsynslege
- Utvikle et samarbeid med skole/helsestasjon i forhold til forebyggende helsearbeid
- Utarbeide retningslinjer for arbeidet med rehabilitering av kreftoverlevende
- Fokus på tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester når situasjonen krever det
- Delta aktivt i samhandlingsmøter og nettverksmøter arrangert av SUS
- Videreføre retningslinjer for akutt/ palliativt rom ved omsorgssenteret.
- Videreutvikle prosedyrer ved bruk av terminalmedisiner
- Videreutvikle rutiner for oppfølging av etterlatte
- Lage rutiner for palliasjon til eldre mennesker med demens