



Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling

2012 - 2016

Vedtatt av Kommunestyret
på møte 14. juni 2012
K-sak 63/12

INNHOLDSFORTEGNELSE	Side
0. Sammendrag	3
Innsatsområder og tiltak	4
1. Innledning	5
2. Bakgrunn	6
2.1. Arbeidsgruppens sammensetning og mandat	6
2.2. Forekomst	7
2.3. Nasjonale føringer	8
2.4. Målsetninger	8
3. Risikofaktorer og forebyggende helsearbeid	9
3.1. Tobakk, alkohol og rus	10
3.2. Kosthold	10
3.3. Fysisk aktivitet	11
3.4. Miljø	11
3.5. Solvaner	11
3.6. Seksualvaner	11
4. Lokalt forebyggende helsearbeid	11
4.1. Helsesøstertjenesten	11
4.2. Fysioterapi og ergoterapi	12
4.3. Fastlegene	12
4.4. Miljørettet helsevern	12
4.5. Folkehelsekoordinator	13
4.6. Frisklivssentral	13
5. Direkte pasient- og pårørendekontakt	14
5.1. Prediagnostisk fase	14
5.2. Diagnostisk fase	15
5.3. Behandlingsfase	15
5.4. Remisjon	15
5.5. Rehabiliteringsfase	16
5.6. Residiv	16
5.7. Lindrende fase	16
6. Kreftpasientens pårørende	17
6.1. Barn som pårørende	17
7. Brukermedvirkning og empowerment	17
7.1. Individuell plan	18
8. Helse- og omsorgstjenesten i Askøy kommune	19
8.1. Legetjenesten	19
8.2. Pleie- og omsorgstjenestene	20
8.3. Fysio-, ergoterapi og servicetjenesten	22
8.4. Psykologtjenesten	23
8.5. Psykisk helsetjeneste	23
8.6. Helsesøstertjeneste	23
8.7. Andre samarbeidsparter	23
9. Systemarbeid og samhandling	24
9.1. Ressursteam	25
9.2. Koordinerende Enhet	25
9.3. Kompetansesenteret i lindrende behandling	25
9.4. Nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde	26
9.5. Spesialisthelsetjeneste	26
9.6. Betanien Diakonale Høgskole	27
9.7. Kreftforeningen	27
10. Kompetanseheving og veiledning	28
10.1. Etisk refleksjon	29
11. Innsatsområder og tiltak	29
11.1. Forbyggende arbeid	29
11.2. Utviklingsarbeid/prosjektarbeid	30
11.3. Videreføring og bredning av kreftomsorg og lindrende behandling i Askøy Kommune	31
11.4. Kompetanseløft innen kreftomsorg	32
11.5. Videreutvikle samarbeid internt og eksternt	32

Sammendrag

Sentrale føringer retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge, med fokus på mer forebygging og mindre "reparering". Samhandlingsreformen⁽¹⁾ vektlegger nødvendigheten av et tverrsektorielt folkehelsearbeid med økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon.

Dette plandokumentet skisserer de mest aktuelle risikofaktorer som er knyttet til kreft, og gir informasjon og presenterer fagavdelingene som bidrar til helseforebyggende arbeid i kommunen.

Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen og oppfølgende dokumenter skisserer et "samlet grep" for å møte fremtidens helseutfordringer. De gode helhetlige pasientforløpene skal i større grad enn i dag være en felles referanse for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen er *"å dempe veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten"*. Hensikten er at det utvikles tilpassede tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, slik at behandling og omsorg sikres på beste effektive omsorgsnivå.

Plandokumentet skal fungere som informasjonsmateriale for helsepersonell og innbyggerne i Askøy kommune og belyser muligheter og lokale tilbud som finnes for kreftpasienter og deres pårørende. Dokumentet vil også være en veileder for planlegging og prioritering av kommunens kreftomsorg.

Med bakgrunn i plandokumentet aktualiseres en strategi for å bygge opp kvalitet, kompetanse og tilstrekkelig kapasitet innenfor fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling.

I kapittel 11 blir innsatsområder og tiltak for å oppnå hovedmålene i kreftplanen skissert.

Planen har to hovedmålsetninger

- at alle innbyggere i Askøy kommune skal sikres et helsefremmende miljø som bidrar til å forebygge kreftsykdom.
- at alle kreftpasienter i Askøy kommune får et helhetlig, kvalitativt godt og mest mulig sømløst tjenestetilbud, både tverrfaglig og tverretatlig.

Planen belyser omfanget av et tverrfaglig og tverretatlig tjenesteapparat som er sentralt for å yte et helhetlig pasientforløp. Betanien Diakonale Høgskole, Kompetansesenteret i Lindrende Behandling, Helseregion Vest og Kreftforeningen presenteres som viktige samhandlingsaktører for Askøy kommune.

Innsatsområder og tiltak

Askøy kommune definerer innsatsområder og tiltak inn i

- Forbyggende arbeid
- Utviklingsarbeid og prosjektarbeid
- Videreutvikle og forbedre kreftomsorg og lindrende behandling
- Kompetanseløft innen kreftomsorg og lindrende behandling
- Videreutvikle etablert samarbeid internt og eksternt

De viktigste tiltakene blir

- Opprette to kreftkoordinatorstillinger i kommunen
- Opprette kreftkontakter i samtlige PLO-tjenester
- Etablere en interkommunal lindrende enhet lokalisert i Askøy kommune
- Lindrende enhet skal være et ressurscenter i regionen
- Støtte til spesialutdanning innen kreftomsorg skal være prioritert PLO-tjenestenes opplæringsplan
- Avdelingslederne i Tjenester i åpen omsorg og Tjenester i institusjon skal tilrettelegge for at ressurspsykeleiere og kreftkontakter får avsatt tid til å arbeide med faglig utvikling
- Ressurspsykeleiere og kreftkontakter har ansvar for internundervisning
- Avdelingslederne i pleie- og omsorgstjenestene har ansvar for å etablere veilednings- og refleksjonsgrupper i sine avdelinger
- Arrangere årlige temadager for kreftomsorg og lindrende behandling
- Arrangere kurs for pasienter og pårørende i samarbeid med Kreftforening-en
- Etablere hospiteringsordninger knyttet til lindrende enhet

1. Innledning

Kreft er en av våre mest alvorlige og utbredte sykdommer. Mange kreftsykdommer krever omfattende behandling og omsorg fra flere nivå og ledd i den offentlige helsetjenesten.

Reformer i offentlig sektor har ført til at oppgaver er overført fra fylkeskommunene til Staten, regionale ledd og kommunene. Økte krav om effektivisering og stadig nye behandlingsmuligheter har resultert i økt poliklinisk behandling og generelt kortere liggetid ved sykehusinnleggelser. Konsekvenser av dette er mindre tid og ressurser rettet mot pasientrådgivning og pasientomsorg. Kommunene har fått et større ansvar for forebygging, samt behandling og oppfølging av alle kreftpasienter.

Ny folkehelselov sammen med ny helse- og omsorgslov erstatter kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkekommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Nytt lovverk er en viktig forutsetning for å kunne etterkomme Samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Stortinget har blant annet uttalt ved behandlingen av samhandlingsmeldingen at "kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon". Det aktualiseres et behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen.

Kreftplanen vil skissere de mest aktuelle risikofaktorer som er knyttet til kreft. Forebygging rettet mot disse faktorene vil også gi gevinst i form av en generelt bedre helsetilstand og motvirke andre livsstilsykdommer.

Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen og oppfølgende dokumenter skisserer et "samlet grep" for å møte fremtidens helseutfordringer. De gode helhetlige pasientforløpene skal i større grad enn i dag bli en felles referanse for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen er "å dempe veksten i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten". Hensikten er at det utvikles tilpassede tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, slik at behandling og omsorg sikres på beste effektive omsorgsnivå.

Askøy kommune ønsker å være beredt på å kunne møte de utfordringer som er knyttet til kreftomsorgen. I lys av dette ønsker vi å bygge opp et kvalitativt godt tjenestetilbud for kreftpasienter og deres pårørende gjennom hele forløpet av sykdommen, fra diagnosetidspunkt til tilbud for etterlatte. Kommunen tar sikte på at denne pasientgruppen blir møtt av et kompetent helsepersonell som yter en offensiv og helhetlig omsorg. Plandokumentet vil også ha overføringsverdi til andre pasientgrupper.

Kreftplanen behandles som en handlingsplan og vil gå inn under Kommunedelplan for Folkehelse som er under utarbeidelse. Aktuelle tiltak skal innarbeides i kommunens økonomiplan. Plandokumentet vil være gjeldende for tidsperioden 2012 - 2016. Fagsjef for Tjenester i åpen omsorg er ansvarlig for at det gjennomføres årlig revisjon av Kreftplanen.

2. Bakgrunn

Kreft er en nasjonal utfordring. Nasjonale føringer tydeliggjør bestemte krav til kommunene der planarbeidet bl.a. skal skissere kompetansefremmende tiltak i Kommunehelsetjenesten; en tilrettelegging for at livets avslutning skal kunne skje i pasientens nærmiljø og at det rettes fokus mot samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Med bakgrunn i aktuell forekomst av kreft og de utfordringene som aktualiseres gjennom offentlige føringer, ble det i september 2009 startet et prosjekt i Askøy kommune: "Prosjekt kreftomsorg i primærhelsetjenesten" ⁽²⁾.

Prosjektet går over 3 år og retter seg i hovedsak mot hjemmeboende kreftpasienter og deres pårørende. Gjennom prosjektet ble det prøvd ut en modell der to av kommunens spesielsykepleiere med videreutdanning innen kreftomsorg og lindrende behandling, arbeider på tvers mellom pleie- og omsorgstjenestene.

Dette skulle være et supplement til det øvrige hjelpeapparatet. Prosjektet er tredelt, og fokus er rettet mot direkte pasient- og pårørendekontakt, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid samt kompetanseoppbygging og veiledning. I prosjektet har spesielsykepleierne jobbet målrettet med å utvikle og koordinere relevante helse- og omsorgstjenester.

Spesielsykepleierne i prosjektet bruker sin kompetanse og sin posisjon til å etablere tidlig kontakt med pasient og pårørende og med det øvrige hjelpeapparatet. Målsettingen er å kunne gi et offensivt, helhetlig og sømløst tjenestetilbud til kreftpasientene i kommunen.

Prosjektet er et samarbeid mellom sentrale aktører innen kreftomsorgen. Dette avspeiler seg også i prosjektorganisasjonen der både spesialisthelsetjenesten, Betanien Diakonale Høgskole, Kompetansesenteret for Lindrende behandling, Helseregion Vest og Kreftforeningen er representert.

2.1. Arbeidsgruppens sammensetning og mandat

Med bakgrunn i dokumentasjon og regelmessig rapportering om prosjektets ⁽²⁾ fremdrift, har leder for styringsgruppen og som også er fagsjef for Tjenester i åpen omsorg, på vegne av rådmannen henvendt seg til prosjektleder med ønske om at det utarbeides en Kreftplan for Askøy kommune.

Henvendelsen sees i lys av erfaringer og tilbakemeldinger som samsvarer med Samhandlingsreformens ⁽¹⁾ formål. Konkret siktes det da til

- gode forløp i kreftpasientens nærmiljø,
- en opplevd økt kompetanseheving,
- samt utviklende samhandling både lokalt og sentralt.

Utarbeidelse av kreftplanen aktualiseres også i forbindelse med oppstart av en interkommunal sengepost ved en lindrende enhet ⁽³⁾ i Askøy kommune.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet kreftplanen har vært prosjektgruppens medlemmer:

- Tone Steinfeld – Prosjektleder og kreftsykepleier
- Monica Moe – Prosjektmedarbeider og sykepleier med videreutdanning i palliasjon
- Ingvil K. Austbø – medisinsk faglig rådgiver og fastlege
- Anne Beth v. d. Fehr Olsen – avdelingsleder i Åpen omsorg og kreftsykepleier
- Annlaug Furnes – avdelingsleder i Åpen omsorg
- Sølvi Sørebo – leder for Forvaltningsenheten i pleie- og omsorgstjenestene
- Frank Hotle – saksbehandler

I tillegg har Anne Kjersti Drange – leder for Styringsgruppen og fagsjef for Tjenester i åpen omsorg deltatt.

Prosjektet har også hatt en egen ressursgruppe⁽⁴⁾ og medlemmer av gruppen, samt kommunens eldrepsykolog har kommet med innspill fra sine fagområder. Utkastet til Kreftplanen har også blitt presentert for Miljørettet helsevern, Kleppstø sykehjem ved kreftsykepleier fra Palliativ gruppe og leder for Kreftforeningen i Bergen. Disse har også bidratt med verdifulle innspill til planen.

2.2. Forekomst

I 2009 fikk 27 520 innbyggere i Norge en kreftdiagnose⁽⁵⁾. I dag blir rundt halvparten av kreftpasientene erklært friske, men mange lever videre med problemer og bidiagnoser som følge av sykdommen. Tall fra Kreftregisteret viser også at pasienter med uhelbredelig kreftsykdom lever lenger sykdommen enn tidligere. Ved utgangen av 2009 levde nær 200 000 nordmenn med en kreftdiagnose, noe som er en økning på over 60 000 personer fra 1999.

Hvert år dør rundt 10 500 av kreft og av disse dør 6 000 innen ett år etter at diagnosen er stilt. Kreftpasienter som ikke kan helbredes og som har kort forventet levetid, vil som oftest ha behov for lindrende behandling og omsorg - palliasjon⁽⁶⁾.

Risiko for kreft tiltar med økende alder. 87 % av tilfellene blant menn og 78 % blant kvinner finner vi hos personer over 54 år⁽⁵⁾. Nasjonale og regionale tall viser at det vil være dobbelt så mange eldre i år 2050 i befolkningen sammenlignet med år 2002⁽⁷⁾.

Basert på antall krefttilfeller i Helseregion Vest i år 2000 er det grunn til å anta at 30 000 mennesker i vår region lever med og blir behandlet for kreft⁽⁵⁾. En stor del av disse vil ha behov for oppfølging av Primærhelsetjenesten. I Helseregion Vest er det 4 900 nye krefttilfeller pr år.

Tall fra Kreftregisteret viser at i 2009 var det 113 menn og kvinner i Askøy som ble diagnostisert med kreftsykdom. Samme år var det i alt 811 personer i kommunen som levde med kreftdiagnose. Det antas at tallet i dag er noe høyere fordi Askøy kommune er blant landets største vekstkommuner og har ca 26 000 innbyggere⁽⁷⁾. De neste 22 år venter kommunen en økning i folketallet på ca. 50 %. Parallelt antas det å bli en økning i antall krefttilfeller med ca. 30 % fram til 2020. Dette er på grunn av økning i absolutte forekomster av kreft og fordi antallet eldre øker.

2.3. Nasjonale føringer

Nasjonale føringer som ligger til grunn for kreftplanen er

- ☐ Omsorgsplan 2015⁽⁸⁾
- ☐ Nasjonal helseplan⁽⁹⁾
- Nasjonalstrategi for kreftområdet⁽¹⁰⁾
- ☐ Nasjonal handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen⁽⁶⁾
- ☐ Regional kreftplan (2005-2010) for Helseregion Vest⁽¹¹⁾
- ☐ Samhandlingsreformen Stortingsmelding 47⁽¹⁾
- ☐ NOU: 1997: 20 - Omsorg og kunnskap⁽¹⁵⁾
- ☐ Folkehelseloven
- ☐ Helse- og omsorgsloven

2.4. Målsetninger

Målsettingen for Askøy kommune er på en helhetlig og offensiv måte å møte utfordringer som følger av å bli rammet av en kreftsykdom. Samtidig er det viktig å etterkomme statlige føringer knyttet til Samhandlingsreformen og oppfølgende dokumenter.

Kreftplanen skal belyse hvilke muligheter og tilbud kreftpasientene har og hva som bør utvikles videre. På bakgrunn av plandokumentet vil kommunen legge en strategi for å bygge opp kvalitet, kompetanse og tilstrekkelig kapasitet innen kreftomsorg og lindrende behandling.

Et virkemiddel for å kvalitetssikre kreftomsorgen i kommunen vil være å videreføre hovedmålene i prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten". Dette er også tatt med i målene for kommunens tjenesteområder i Sektorplan for pleie- og omsorgstjenestene 2010-2013⁽¹²⁾.

Intensjonen er at Kreftplanen skal være en veileder for planlegging og prioriteringer for kreftomsorg og lindrende behandling. Samtidig skal den fungere som informasjonsmateriale for helsepersonell og innbyggerne i kommunen. For øvrig skal plandokumentet belyse verdien av forebyggende arbeid.

Hovedmål nr. 1:

Alle innbyggere i Askøy kommune skal sikres et helsefremmende miljø som bidrar til å forebygge kreftsykdom.

Hovedmål nr. 2:

Alle kreftpasienter i Askøy kommune får et helhetlig, kvalitativt godt og mest mulig sømløst tjenestetilbud, både tverrfaglig og tverretattlig.

Aktuelle satsingsområder for å nå hovedmålene er:

- Direkte pasient- og pårørendekontakt
- Systemarbeid og samhandling
- Kompetanseheving og veiledning



3. Risikofaktorer og forebyggende helsearbeid

Et sentralt mål i Samhandlingsreformen er å styrke det forebyggende arbeidet. Reformen legger spesielt vekt på det primærforebyggende arbeidet. Styrking av både sekundær- og tertiærforebyggende arbeid er også sentrale mål og kjennetegnes av:

- en tettere oppfølging av definerte risikogrupper eller personer som allerede har utviklet sykdom.
- tiltak for å begrense funksjonssvikt og bedre rehabilitering.
- tiltak for å øke lærings- og mestringsevne hos personer med sykdom.

Ressurser må settes inn tidlig i tiltakskjeden, noe som vil innebære både en omprioritering mellom tjenestenivåer og at det påhviler kommunen et større ansvar for riktig anvendelse av ressursene. Alle delene av helse- og omsorgstjenesten vil være av stor betydning for å styrke det forebyggende arbeidet. I Askøy kommune er flere ulike fagtjenester i posisjon til å kunne effektivisere helsefremmende arbeid ved å identifisere risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt.

Det er mange årsaker til at man utvikler en kreftsykdom:

- livsstil
- Miljø
- arv
- andre ukjente årsaker

Forskning viser at en tredel av alle krefttilfeller kan forebygges ved å spise sunt, drive regelmessig fysisk aktivitet, samt være røykfri og måteholden med alkohol⁽¹⁴⁾. Det som forebygger kreftsykdom, vil også kunne bidra til å redusere risiko for andre livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og KOLS.

Ved å legge forholdene til rette for sunn helseatferd vil det gi flere helsegevinsten i tillegg til reduksjon i risiko for kreft. Dette arbeidet må hovedsakelig skje der folk bor; - i kommunene.

Staten har imidlertid et stort og viktig ansvar for å iverksette sentrale tiltak som stimulerer og motiverer til gode levevaner og godt folkehelsearbeid. Den nye Folkehelseloven som ble iverksatt 1.1.2012 påbyr at alle kommuneplaner skal fokusere på helsefremmende tiltak. Denne Kreftplanen har særlig oppmerksomhet på risikofaktorer og forebyggende tiltak knyttet til kreft.

3.1. Tobakk, alkohol, rus

Askøy kommune har vedtatt sin Ruspolitiske handlingsplan "MOT - og kunnskap til å handle"⁽¹³⁾. Det er veldokumentert og allment akseptert at tiltak for å redusere tobakksbruk, rus og alkohol kan minske faren for utvikling av kreft.

Bruk av tobakk er den enkeltfaktor som gir størst kreftrisiko. Tobakksrøyk inneholder en rekke kreftfremkallende stoffer og røyking er medvirkende til ca. 30 % av alle dødsfall som er relatert til kreft. 84 % av lungekrefttilfellene kan forklares ut fra tobakksrøyking⁽¹⁴⁾. Ved mange andre kreftformer er røyking også en vesentlig risikofaktor.

3.2. Kosthold

Nest etter tobakksrøyk er feilaktig kosthold vurdert som den viktigste ytre faktoren når det gjelder utvikling av kreft. I hovedsak er det kreft i tykktarm og endetarm, samt brystkreft og prostatakreft som knyttes til kostvaner. Høyt inntak av kjøtt og animalsk mettet fett antas å være av sentral betydning.

Fedme er imidlertid i seg selv en disponerende faktor fordi fettet trolig stimulerer hormonelle mekanismer som er knyttet til brystkjertelen og prostata. Motsatt vil frukt, grønnsaker og kosthold som er rikt på vitamin A, E og C ha beskyttende virkning mot utvikling av kreft.

Kostholdet påvirker helsen her og nå, men har også avgjørende betydning for framtidig helse og risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, overvekt og kreft senere i livet. Askøy kommune ønsker å bidra til et sunnere kosthold blant innbyggerne og spesielt til at barn og ungdom får gode kostvaner.

3.3. Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for flere kreftformer. Fysisk aktivitet har en selvstendig risikoreduserende effekt, men også en indirekte beskyttende effekt ved at risikoen for overvekt reduseres. Bare 20 % av voksne i Norge oppfyller anbefalingen om minimum 30 minutter fysisk aktivitet hver dag.

En samordning av innsatsen, og tydeliggjøring av ansvaret for folkehelsen i alle samfunnssektorer er viktig for å tilrettelegge for et aktivitetsstimulerende samfunn, øke fysisk aktivitet i befolkningen og forebygge sykdom relatert til inaktivitet og overvekt.

3.4. Miljø

Et sunt miljø er grunnleggende for god helse. Negative miljøpåvirkninger vil kunne fremme utviklingen av kreftsykdommer og andre sykdomstilstander som allergier og luftveissykdommer. Faktorer som vil ha innvirkning på helsen er komponenter som nevnt i foregående punkter, men også inkluderer omgivelsesfaktorer som forurensning, miljøgifter og stråling.

3.5. Solvaner

Norge er på verdenstoppen i antall tilfeller av hudkreft. De fleste tilfellene kan forebygges. Hudkreft deles inn i tre hovedgrupper: føflekkreft / malignt melanom, basalcellekreft og plateepitelkreft.

Årsakene til føflekkreft er ikke klarlagt, men overdreven soling og endrede solvaner i befolkningen har vært den viktigste årsaken til økningen i antall tilfeller. Dette henger sammen med samfunnsutviklingen mot mer fritid og ferie samt at det har blitt moderne med solbrun hud. Feriereiser til steder med sterk sol har ført til endrede solingsvaner og overdreven bruk av solstudioer er også risikofaktorer⁽¹⁴⁾.

3.6. Seksualvaner

Livmorhalskreft rammer årlig ca. 270 kvinner i Norge. De siste tiårene har det vært en fallende tendens i antall forekomster, trolig på grunn av tiltak med systematiske screeningundersøkelser.

Livmorhalskreft rammer i hovedsak bare kvinner som har vært seksuelt aktive. Risikoen for å utvikle denne typen kreftsykdom øker med antall seksualpartnere. Infeksjon med humant papillomvirus (HPV) er angivelig en viktig faktor for utviklingen av livmorhalskreft⁽¹⁴⁾.

4. Lokalt forebyggende helsearbeid

4.1. Helsesøstertjenesten.

Helsesøster-, Jordmor- og Skolehelsetjenesten er lovpålagte tjenester til alle barn og unge mellom 0 og 20 år; samt til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll på helsestasjonene. Askøy kommune har 4 helsestasjoner.

Helsesøstertjenesten dekker følgende fagområder: jordmor, familieveileder og helsesøster. Tjenesten er et lavterskeltilbud og skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og unge.

Helsesøstertjenesten dekker skolene med skolehelsetjeneste, både på grunntrinnet og videregående skole. Deres arbeid er å gi elevene vaksine, måle elevenes vekt og høyde, undervise i 3. klasse om kost, aktivitet, fysisk og psykisk helse og skolemiljø, gi pubertetsundervisning og seksualundervisning. Tjenesten har for tiden også en halv stilling som spesielt skal følge opp minoritetsbarn og deres foreldre.

I løpet av 7. trinn på barneskolen gis informasjon og tilbud om HPV-vaksine til alle jentene. For tiden er vaksinen er lagt inn under det tradisjonelle barnevaksinasjonsprogrammet.

4.2. Fysioterapi og ergoterapi

Fysio- ergoterapi og servicetjenesten driver med både forebyggende og helsefremmende arbeid. Tjenesten har sin hovedtyngde innen habilitering, rehabilitering, lindrende behandling og hjelpemiddelformidling /-tilpasning. Terapeutene kartlegger den enkelte brukers funksjoner, ressurser og iverksetter tilpasset behandling og aktiviteter.

4.3. Fastlegene

Fastleger har også ansvar for forebyggende helsearbeid innenfor gitte rammer. Fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å identifisere personer med høy risiko for sykdom eller med etablert sykdom, og vil blant annet kunne gi veiledning i forhold til endringer i livsstil.

4.4. Miljørettet helsevern

Kommunens arbeid med miljørettet helsevern (MHV) skal forhindre at det oppstår forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen i befolkningen.

Arbeid med miljørettet helsevern skal søke å forhindre at det oppstår forhold som kan ha negativ innvirkning på innbyggernes helse. Om det likevel oppstår forhold som kan påvirke helsen negativt, har kommunen gjennom regelverket et sett verktøy som gjør det mulig å gripe inn. Fagavdelingen Miljørettet helsevern har altså både et forebyggende og gjenopprettende ansvar, ved at tiltakene har som formål å forhindre, redusere og / eller fjerne miljøfaktorer som har-, eller kan ha helseskadelig effekt.

Fagavdelingen arbeider i hovedsak med forebygging på gruppe- og befolkningsnivå, men kan også gi informasjon og veiledning på individnivå. Sentrale føringer anbefaler at kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet for å kunne møte fremtidens helseutfordringer. Regjeringen har varslet om at regelverket for miljørettet helsevern i Kommunehelsetjenestelovens kapittel 4a videreføres i en ny folkehelselov.

4.5. Folkehelsekoordinator

Askøy kommune er en av flere kommuner som har inngått partnerskapsavtale med Hordaland fylkeskommune om folkehelse. Partnerskapet innebærer et gjensidig og forpliktende samarbeid for å oppnå felles mål for folkehelseområdet i Hordaland. Dette har ført til at kommunen har fått statlig støtte til å opprette en folkehelsekoordinatorstilling.

Folkehelsekoordinator skal blant annet jobbe med å utvikle en Kommunedelplan for folkehelse. Planen skal definere kommunens helsefremmende arbeid.

Folkehelseaspektet skal være førende for Kommuneplanens samfunnsdel og at alle underliggende planer skal ta utgangspunkt i dette.

4.6. Frisklivssentral

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres Frisklivssentraler i alle landets kommuner, eventuelt i interkommunale samarbeid. Frisklivssentralen skal være et kompetansesenter som gir tilbud til personer og grupper som trenger hjelp til å endre helseatferd.

Tilbudet skal styrke individets evne til å mestre egen helse, primært gjennom endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og røykeslutt.

På landsbasis er det etablert ca. hundre frisklivssentraler. Det er foreløpig ingen slike i Hordaland, men Askøy kommune er en av flere kommuner som planlegger dette⁽¹⁶⁾.



5 Direkte pasient- og pårørendekontakt

Å få en kreftdiagnose stiller mennesker overfor store krav til mestring av en endret livssituasjon. Både pasient og pårørende vil i ulik grad oppleve en tilværelse med fysiske, sosiale og emosjonelle svingninger. Dette vil variere og være avhengig av alder, diagnose, prognose og hvor en befinner seg i sykdomsforløpet.

Økte krav om effektivisering og stadig nye behandlingsmuligheter har resultert i økt poliklinisk behandling og generelt kortere liggetid ved sykehusinnleggelser. Konsekvenser av dette er mindre tid og ressurser til pasientrådgivning og pasientomsorg. Kommunene har fått større ansvar for behandling og oppfølging av alle kreftpasienter.

Ny reform og nytt lovverk legger føringer for at kommunene må bygge opp en bred kompetanse og større samhandlingsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Erfaringsmateriale fra prosjektet Kreftomsorg i primærhelsetjenesten⁽²⁾ viser at pasienter som er under sykehusbehandling ofte har begrenset kjennskap til - og kontakt med primærhelsetjenesten i hjemmkommunen.

I skjæringspunktet der aktiv behandling avsluttes i spesialisthelsetjenesten og der primærhelsetjenesten skal være premissleverandør for videre helse- og omsorgstjenester, kan kreftpasientene og deres pårørende ha ønske om et kontaktpunkt i kommunen. I mange tilfeller vil det være behov for hjelp til å koordinere ulike helse- og omsorgstjenester gjennom hele eller deler av pasientforløpet.

Kreftsykdom fører ofte til økt kontakt med fastlegen. I flere tilfeller vil også Forvaltningsenheten til Pleie- og omsorgstjenestene, Hjemmesykepleien og / eller institusjon være sentrale aktører.

Hjemmeboende pasienter kan søke om å få oppfølging av sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie eller lindrende behandling. I tillegg kan Kommunehelsetjenesten bidra med fysioterapi, ergoterapi og serviceavdeling.

Andre fagtjenester fra Kommunehelsetjenesten som pasienten eller pårørende vil kunne møte er Helsesøstertjenesten, Psykisk helsetjeneste og Legevaktjenesten. Videre er det etablert samarbeid med kirken i Askøy slik at prest eller diakon kan kontaktes for veiledning og for direkte kontakt med pasient og / eller pårørende. Det er også etablert et samarbeid med NAV for å kunne gi et enda bredere tjenestetilbud til kreftpasientene⁽²⁾.

Pasientforløpet

Kreftpasientens sykdomsforløp kan illustreres gjennom ulike faser. Skissen nedenfor presenteres som hjelp til å øke forståelsen for innholdet i denne planen og må ikke sees på som et absolutt kronologisk forløp.

5.1. Prediagnostisk fase

Her opplever individet endringer av fysisk eller emosjonell karakter, noe som fører til at en oppsøker lege.

5.2 Diagnostisk fase

Fra medisinsk ståsted innebærer denne fasen svar på prøver og undersøkelser. Pasienten må ofte gjennom omfattende utredninger for å finne frem til diagnose, utbredelse og prognose. Videre vil relevant behandling bli vurdert og igangsatt. Behandlingen vil i de fleste tilfeller starte med et kurativt (helbredende) siktemål. I motsatt fall vil behandlingen være rettet mot livsforlengende og lindrende behandling.

Mange opplever dette stadiet som den mest belastende fasen. Den bærer preg av mye ventetid og mange usikkerhetsmomenter. Pasientene vil ofte preges av emosjonelt engasjement knyttet til en sykdomstrussel og til omstillinger. Det er ofte lite håndfast å forholde seg til og opplevelse av manglende kontroll over egen situasjon dominerer hverdagen. I denne fasen møter en ofte på eksistensielle utfordringer hvor en brått må forholde seg til døden. Pasienten søker kilder for mening, livsmot og håp.

5.3 Behandlingsfase

Aktuell behandling kan enten være rettet mot selve sykdommen (tumorrettet) eller kun være ment å ha symptomlindrende effekt (ikke tumorrettet). Behandling mot kreft inndeles ofte etter behandlingsintensjon og refereres enten som helbredende, livsforlengende eller lindrende.

Kreftbehandling gis som oftest i form av kirurgi, strålebehandling, cellegiftbehandling og hormonbehandling. Behandlingsformene kan gis enkeltvis eller i kombinasjon. Vanligvis gis tumorrettet behandling sammen med andre symptomlindrende tiltak. Behandlingstiden er individuell. I denne fasen opplever mange økt trygghet basert på forutsigbarhet relatert til "aktiv behandling". Pasienten vil i denne perioden ha kontinuerlig oppfølging fra- og tilgang til helsepersonell. Både tumorrettet behandling og ikke-tumorrettet behandling følges planmessig opp og evalueres.

Samtidig stiller behandlingsfasen krav til mestring og tilpasning til en endret livssituasjon. Komplikasjoner etter operasjoner og andre bivirkninger av behandlingen kan føre til problemer av både fysisk og emosjonell karakter. Betydningsfulle tapsopplevelser, for eksempel i form av redusert funksjonsnivå, endret utseende og endret rollefunksjon, kan medvirke til et redusert selvbillde.

5.4 Remisjon

I fagspråket betyr remisjon at kreftsvulsten er redusert i volum eller at symptomene fra sykdommen har avtatt. Begrepet refererer til både subjektive symptomer og objektive tegn på sykdom, men anfører ingen garanti for livsforlengelse eller helbredelse. Begrepet graderes i komplett og partiell remisjon. Komplett remisjon vil si at sykdommen ikke lar seg påvise med tradisjonelle diagnostiske metoder. Komplett remisjon i etterkant av en behandling vil i praksis være en forutsetning for helbredelse. Imidlertid er det viktig å fremheve at komplett remisjon ikke er synonymt med erklært frisk, og at det ikke garanterer mot tilbakefall av sykdommen. Partiell remisjon indikerer en delvis tilbakegang av svulsten eller symptomene på sykdom.

Evaluerings under og etter en behandling vil naturligvis være styrende for kreftpasientens spekter av reaksjoner. Pasienter som opplever komplett remisjon vil ofte være i bevegelse mellom glede og usikkerhet. Dersom effekten av behandling angir en partiell remisjon vil tilnærming til følelsesregister og reaksjoner ofte være styrt mot eksistensielle utfordringer. Pasienten vil

som regel oppleve en truende livsforandring der tidligere virkelighetsoppfatning og egenforståelse erstattes med bilder og begreper som vanskelig skaper mening, livsmot og håp. Ens tidligere mer eller mindre reflekterte forståelse av livet som forutsigbart og kontrollerbart vil forstyrres. Elementer av livssyn og trosspørsmål vil alltid være relatert til et slikt følelsesmessig engasjement.

5.5 Rehabiliteringsfasen

Rehabilitering dreier seg om å gjenvinne, opprettholde eller utvikle funksjonsnivå og evne til å mestre egen tilværelse. Rehabiliteringsarbeid tar sikte mot størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser. Flere overlever kreft i dag sammenliknet med tidligere. Tall fra Kreftforeningen¹⁴ viser at 65 prosent av alle kreftpasienter lever 5 år etter diagnositidspunkt (2009).

Til tross for at en er erklært klinisk fri for sykdom, opplever mange at det kan være både fysisk og emosjonelt utfordrende å skulle vende tilbake til livet en førte i forkant av diagnositidspunktet. Følgetilstandene etter sykdom og behandling er svært individuell. Ofte har sykdommen rammet pasienten og pasientens nettverk på flere nivåer, og pasientens behov vil i mange tilfeller kreve en helhetlig tilnærming. Rehabilitering er et samspill mellom de medisinske problemstillingene og den psykososiale tilpasningen. Rehabilitering er en integrert del i hele sykdomsforløpet. Utgangspunktet vil nødvendigvis være et helt annet for pasienter som er ferdigbehandlet eller helbredet, enn for pasienter som har en aktiv sykdom med lindrende behandling som fokus.

5.6 Residiv

Residiv vil si å få tilbakefall av sykdom i etterkant av primærbehandling. Tilbakefall av sykdom kan komme enten på samme sted (lokalt residiv) eller i et annet organ (metastaser). Residiv er noe man kontinuerlig frykter gjennom samtlige foregående faser, sett bort fra om en er i lindrende fase allerede ved diagnositidspunktet. Prognosen er ofte dårlig, og intensjonen i behandlingen vil da som regel endres fra en helbredende til en lindrende karakter.

5.7 Lindrende fase

Lindrende fase regnes fra tidspunktet der helbredende behandling avsluttes og frem til og med dødstitidspunktet. I denne fasen vil aktuell tilnærming være ulike former for lindrende behandling. Målet med all lindrende behandling, pleie og omsorg er at pasienten opplever best mulig symptomkontroll, funksjon og livskvalitet lengst mulig. Ivaretagelse av pårørende er av stor betydning, og det er naturlig at familie inkluderes i denne fasen på en optimal måte. Lindrende behandling, pleie og omsorg baserer seg på tiltak rettet mot pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige / eksistensielle behov.



6. Kreftpasientens pårørende.

Når en rammes av kreftsykdom vil også pasientens pårørende berøres. Ofte er pårørende sentrale omsorgspersoner og må betraktes som en viktig ressurs for pasienten. Pårørende defineres som den eller de pasienten oppgir som pårørende.

Å ta hånd om pasientens pårørende er essensielt innenfor kreftomsorgen og de er en sentral målgruppe innenfor det lindrende fagfeltet. Det å være pårørende i et sykdomsforløp vil i de fleste tilfeller kunne oppleves som en påkjenning og det vil være viktig å ivareta de pårørendes egne behov. Ved å redusere pårørendes belastning i selve sykdomsperioden vil en også indirekte hjelpe pasienten.

6.1 Barn som pårørende.

Når en er forelder eller har omsorg for mindreårige barn, vil det å bli rammet av en kreftsykdom medføre en helsetilstand som kan ha innflytelse på barna over kortere eller lengre tid. Barn av pasienter med alvorlig sykdom er utsatt og sårbare.

I januar 2010 ble det lovbestemt at helsepersonell plikter å identifisere og ivareta nødvendig informasjons- og oppfølgingsbehov til mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom. Bestemmelsene er aktuelle for helsepersonell på alle nivåer. Formålet er å sikre tidlig intervensjon og å igangsette prosesser som setter barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk¹⁷.

I planlagte og / eller lengre forløp vil mange foreldre ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Helsepersonell både i primær- og spesialisthelsetjenesten plikter å iverksette og koordinere Individuell plan.

7. Brukermedvirkning og empowerment

Begrepet *empowerment* (kan oversettes til myndiggjøring), knyttes ofte til brukermedvirkning. Brukermedvirkning er et begrep som har fått en sentral plass i omsorgssektoren og lovverket. Begrepet bygger på grunnleggende menneskerettigheter og handler om selvbestemmelse, valgfrihet, innflytelse og egenaktivitet.

Brukermedvirkning er å sette brukerens behov i sentrum. Når en rammes av en kreftsykdom, vil en ofte være i kontakt med offentlige tjenester innen helse, sosial, arbeid og trygd, og motta både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Brukermedvirkning innebærer at tjenestemottaker får anledning til å målbare sin mening og at synspunktene tillegges vekt ved utforming og gjennomføring av tjenestene. Brukerne skal i stor grad kunne medvirke i beslutninger som angår dem.

Bemyndigelse er sentralt når det reises spørsmål om hvordan en skal fremme den enkelte pasients mulighet til å medvirke. Som fagutøver vil en ofte inneha makt i form av posisjon og kunnskap. I en fagutøver- /pasientrelasjon innebærer bemyndigelse at fagutøver intervenserer eller hjelper pasienten til å

oppnå større innflytelse og kontroll over egen situasjon. Hensikten er å utjevne fagutøvers kompetanse med pasientens kompetanse om seg selv, sine opplevelser, emosjoner og reaksjoner. En viktig dimensjon vil være å ha kunnskap om hvilke faktorer pasienten selv vektlegger som betydningsfulle.

For mennesker med kreftsykdom vil tilgjengelig hjelp, kontinuitet, tillitsfulle relasjoner og medvirkning være av vesentlig betydning for opplevd grad av livskvalitet. Helhet og sammenheng på tvers av nivåene vil som oftest være en forutsetning for et godt behandlingsforløp.

7.1 Individuell plan.

Ansvar for utarbeidelse av Individuell plan er forankret i flere lovverk. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Vurderingen av hva som er langvarige og koordinerte tjenester beror til en viss grad på skjønn. Planen er et verktøy som skal gi hjelp til å se muligheter og sikre at den enkeltes behov for tjenester skal styre utforming og iverksetting av tiltak. Planprosessen er et viktig grunnlag for å sikre pasientens innflytelse og et tilpasset tjenestetilbud.

Gjennom arbeidet med Individuell plan kartlegges pasientens behov og ønsker og det etableres ofte et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for å gi et helhetlig tilbud. Det er en av tjenesteyterne (IP-koordinator) som har hovedansvaret for oppfølgingen av pasienten. Med bakgrunn i nærhetsprinsippet og at kommunen som oftest har primæransvar for oppfølging, vil det være naturlig at koordinator er en fagperson i kommunen. Det skal imidlertid vektlegges hvem pasienten selv ønsker som koordinator¹⁸.

Fagområdet Kreftomsorg og lindrende behandling er stadig under utvikling. Pasientene tilbys lengre og ofte svært avansert behandling i spesialisthelsetjenesten. Moderne kreftbehandling er i mange tilfeller svært krevende, både for pasienten, pasientens pårørende og behandlingsteamet. Behandlingen kan være langvarig, det kan oppstå komplikasjoner og den kan medføre redusert livskvalitet. I ulik grad vil mange av kreftpasientene ofte bevege seg mellom spesialisthelsetjenesten og de ulike faggruppene i kommunen. En planprosess vil øke muligheten for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. I mange tilfeller vil prosessen danne grunnlag for tillit, og det etableres trygghet mellom pasient og fagutøver.

Erfaring tilsier at fagavdelingene har et definert og avgrenset ansvarsområde. Pasient og pårørende opplever et fragmentert tjenesteapparat, der kontinuitet og helhet mellom nivåene er begrenset. Gjennom prosjektet "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" har det vært arbeidet systematisk med å utforme et sømløst tjenestetilbud, både lokalt og sentralt. Et av delmålene i prosjektbeskrivelsen er å opprette Individuell plan til kreftpasienter. Prosjektleder eller prosjektmedarbeider har i flere tilfeller vært med, enten som koordinator, eller som veileder ved start av planprosessen. Erfaring viser at denne arbeidsmetoden har god nytteverdi og at det er et systemarbeid som en ønsker å videreutvikle.

8. Helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune

8.1 Legetjenesten

Legetjenesten i Askøy kommune omfatter Kommuneoverlegen, fastleger, sykehjemsleger og legevaktsleger.

8.1.1. Kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen er øverste medisinskfaglige leder i kommunen og har knyttet til seg medisinskfaglige rådgivere innen pleie- og omsorgstjenestene (herunder sykehjemsmedisin, legemiddelhåndtering, kreftomsorg, demensomsorg med mer), samt legevakt, smittevern og beredskap.

8.1.2. Fastlege

Askøy kommune har 21 fastleger som er fordelt på seks legekantor i kommunen. Flesteparten av Askøys befolkning har sin fastlege på Askøy.

8.1.3. Sykehjemslege

Sykehjemmene i kommunen har egne sykehjemsleger som har det medisinskfaglige ansvaret for pasientene. Det er legens oppgave å vurdere om hvilken form for utredning som er aktuell dersom pasienten har langtidsplass i institusjon. Legen må ut fra den enkelte pasients situasjon vurdere aktuelle behandlingsformer og behandlingsintensitet. Dialog med pasienten, pasientens pårørende, fagpersonell i avdelingen og spesialisthelsetjenesten blir svært viktig.

8.1.4. Legevakt

Askøy legevakt er lokalisert på Kleppstø, drives av kommunen og er bemannet hele døgnet med sykepleier(e). Mellom kl 16:00 og 08:30, samt i helger og på helligdager er det vaktlege til stede for å håndtere øyeblikkelig hjelp.

8.1.5. Legenes rolle i primærhelsetjenesten.

Med stor sannsynlighet vil vi se endringer i helsetjenesten de kommende årene. Det varsles om økt ansvar og nye oppgaver i primærhelsetjenesten. En av målsettingene for kommunen er å gi brukerne muligheten til å kunne tilbringe den siste livsfasen i hjemmet.

Så lenge pasienten er hjemmeboende vil det være fastlegen som har det medisinske ansvaret. Det vil ofte være et sammensatt hjelpeapparat som jobber aktivt for å kunne ivareta en helhetlig omsorg for pasient og pårørende. God samhandling mellom fastlegen og det øvrige hjelpeapparatet vil være en forutsetning når en planlegger at pasienten skal kunne bo hjemme.

Fastlegen er medisinsk ansvarlig for sin pasient i vanlig kontortid. Ettermiddag, kveld, helg og helligdager vil legevaktlege være den som har ansvaret. Tilbakemeldinger til Palliativt team har gått på at det til tider har vært for liten kommunikasjon mellom fastlege og legevakt. Ved henvendelser til Legevakten har vaktlegene som regel lite kjennskap til pasienten, noe som kan føre til vurderinger som ikke samsvarer med pasient og pårørendes ønsker og behov.

En del av prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" går på å styrke samarbeidet med fastlegene i kommunen. Prosjektarbeiderne har planmessig gjennomført møter ved legekantorene, både for å informere og å utveksle

erfaringer. For å kunne gjennomføre et medisinsk forsvarlig forløp i pasientens hjem, er et godt samarbeidsklima mellom pasientens fastlege og hjemmesykepleien av vesentlig betydning.

I prosjektperioden har det vært arbeidet systematisk med å skape gode samhandlingsrutiner i situasjoner hvor fastlege ikke er tilgjengelig. Det er viktig at fagmiljøene kvalitetssikrer at samhandlingsrutiner er kjent i alle avdelinger og implementert som felles praksis. Dette vurderes som en vesentlig kvalitetsfaktor.

8.2. Pleie- og omsorgstjenesten

Pleie og omsorgstjenestene i Askøy kommune er delt inn i tre fagavdelinger;

- Fagavdeling for institusjonstjenester
- Fagavdeling åpen omsorg (hjemmesykepleie, hjemmehjelp, omsorgsboliger og dagsentre)
- Fagavdeling for psykisk utviklingshemmede

Avdelingene for pleie- og omsorgstjenester gir tjenester til dem som trenger hjelp til å ivareta egne behov. Henvendelser kommer fra brukerne selv, pårørende, ulike fagmiljø i kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten. Rammene for avdelingens tjenestespekter er fastsatt av gjeldende lovverk og andre politiske styringsvedtak.

Askøy kommune har som satsingsområde å yte pleie- og omsorgstjenester etter modellen ”Beste effektive omsorgsnivå” (BEON-prinsippet). Dette betyr at hjemmebaserte tjenester skal økes i takt med brukernes hjelpebehov så de får mulighet til å bo lengst mulig i egne hjem.

8.2.1. Forvaltningsenheten for pleie- og omsorgstjenestene

Kommunen tildeler pleie- og omsorgstjenester gjennom bestiller / utførermodellen. Forvaltningsenheten er bestillerleddet til de utførende tjenestene.

Enheten består av leder og 7 saksbehandlere / koordinatore. Alle søknader om tjenester til pleie og omsorg blir behandlet av Forvaltningsenheten. Saksbehandler foretar hjemmebesøk og deltar på samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten for kartlegging av funksjonsnivå (IPLOS) relatert til fysiske, psykiske og sosiale forhold. De innhenter medisinsk tilleggsinformasjon fra fastleger og samarbeider tett med andre fagmiljø i kommunen og med grunnlag i dette fattes vedtak om graden av hjemmetjenester etter gjeldende tildelegningskriterier.

Fra 2009 kan det også innvilges enkeltvedtak for pasienter med en kreftdiagnose om oppfølging fra sykepleier med videreutdanning i kreft eller lindrende behandling. Søknaden behandles etter samme kriterier som andre pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon (hjemmebaserte tjenester). Denne ordningen ble etablert i forbindelse med prosjekt ”Kreftomsorg i primærhelsetjenesten” og vil være sentralt erfaringsgrunnlag og dokumentasjon i videreutviklingen av kreftomsorgen i kommunen.

Saksbehandler er ofte den som har den første samtalen med pasienten eller den henvisende instansen. I tilfeller der kreftpasienten utskrives til hjemmet fra sykehus eller institusjon, er det som regel Forvaltningsenheten som videreformidler pasientens aktuelle hjelpebehov til hjemmesykepleien. Som følge

av prosjektet der hjemmeboende kreftpasienter kan søke om oppfølging av sykepleier med videreutdanning i kreftomsorg og lindrende behandling, tar saksbehandlerne tidlig kontakt med prosjektledelsen. I slike situasjoner tar man et felles besøk der en vurderer hvilke tiltak som må tilrettelegges for å gi et helhetlig pasientforløp i hjemmet.

8.2.2. Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en lovpålagt kommunal tjeneste til alle som har behov for hjelp til å ivareta egen helse. Tjenesten kan ytes til alle i eget hjem og utføres av godkjent helsepersonell. Formålet med tjenesten er å sikre forsvarlig pleie og medisinsk oppfølging i hjemmet. Hjemmesykepleien er spredt ut i kommunen på seks tjenestesteder. Tjenesten er døgnbasert.

Helsepersonell i hjemmetjenesten møter kreftpasienter og deres pårørende i ulike faser av sykdomsforløpet. I tilknytning til prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" har en tilstrebet at den enkelte pasienten får en primær- og en sekundærkontakt blant personalet ved sin lokale avdeling. Primærkontakten skal ha hovedansvar for oppfølgingen av pasienten og de pårørende. Primærkontakten skal koordinere pasientens behov for tjenester og sikre informasjonsflyt til resten av arbeidslaget. I de fleste tilfellene har kontaktene jobbet tett sammen med sykepleierne i prosjektet.

Evalueringsene som er foretatt gjennom prosjektperioden viser at en slik oppfølging av pasient og pårørende ofte bidrar til å heve kvaliteten på tjenesten. Vi ønsker å videreføre dette ved å etablere en modell med en egen kreftkontakt i hver omsorgsavdeling.

En undersøkelse nylig refererer til at 75 % av alle kreftpasientene ønsker å avslutte livet i hjemmet. Samme undersøkelser viser at det er kun 15 % som får anledning til dette¹⁹.

Etter 2 års drift i prosjektet² viser tallmateriale at 36 % av registrerte dødsfall fant sted i hjemmet. Disse pasientene hadde vedtak om kreftsykepleie og tett oppfølging fra hjemmesykepleien.

Personalets evne til oppmerksomt nærvær, relasjonskompetanse og fagkunnskap er av stor betydning for å formidle trygghet og gi en helhetlig omsorg i denne fasen. For å kunne yte et kvalitetsmessig godt tjenestetilbud til hjemmeboende kreftpasienter er hjemmesykepleiens samarbeid med det øvrige hjelpeapparatet viktig. I prosjektperioden har det vært arbeidet med å prøve ut gode samhandlingsrutiner mellom interne- og eksterne faginstanser; et arbeid en ønsker å styrke og å formalisere.

8.2.3. Hjemmehjelp - praktisk bistand

De som ikke kan ta omsorg for seg selv, men er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, kan søke om praktisk bistand (hjemmehjelp). Det er saksbehandlerne i Forvaltningsenheten i samarbeid med søkeren, som fatter vedtak om denne tjenesten.

8.2.4. Institusjon

Kleppstø sykehjem åpnet i nytt bygg i 2008 og har 7 avdelinger med kapasitet til 70 pasienter. Sykehjemmet inneholder korttidsposter, skjermede enheter, langtidsposter, rehabiliteringstilbud og rulleringsplasser. I tillegg drifter Adecco 19 sykehjemsplasser for kommunen.

I tillegg til Kleppestø sykehjem har kommunen 20 plasser for pasienter med demensutvikling på Ravnanger sykehjem og 46 plasser ved Ask bo- og omsorgssenter.

På Kleppestø sykehjem er det opprettet en gruppe på 6 ansatte som skal ha spesielt ansvar for at pasienter med behov for lindrende behandling blir identifisert og hjulpet. Disse er ansatt i ulike avdelinger og samarbeider tett med sykehjemslegene. Alle er utdannede sykepleiere og to av dem har i tillegg videreutdanning i kreftomsorg. En ansatt har startet med videreutdanning i palliasjon og en annen er med i Nettverk for lindrende behandling som ressurs-sykepleier. (2012)

God informasjonsflyt og samhandling mellom ressurs-sykepleierne som jobber i hjemmetjenesten og på sykehjemmene er vesentlig. For pasienter som har en uheldelig sykdom vil opplevelsen av en sammenhengende behandlingskjede mellom de ulike tjenestene være av stor betydning.

I løpet av prosjektperioden har en fått nyttige erfaringer rundt kontakt mellom pasient som skal utskrives til hjemmet og kreftsykepleier. Dette har stort sett vært pasienter som er kommet direkte fra sykehus til korttidsopphold i institusjon. Ønsket kontakt har som regel blitt formidlet via personalet i sykehjemsavdelingen eller kommunens saksbehandler. For å oppnå målsettingene i kreftplanen har det stor betydning at samhandlingsrutiner mellom kommunens pleie- og omsorgsavdelinger tydeliggjøres og formaliseres.

8.3. Fysio-, ergoterapi og serviceavdelingen.

Fysio- / ergoterapi- og servicetjenesten er en tjeneste som kreftpasienter, uansett alder, ofte har kontakt med. To av fysioterapeutene som jobber med voksne og eldre har videreutdanning i tverrfaglig palliativ behandling. En av fysioterapeutene har kurs i lymfeødembehandling. En ergoterapeut har lang erfaring med kreftpasienter fra sitt arbeide på hospice i England.

Den kommunale fysio- / ergoterapi- og servicetjenesten er et lavterskeltilbud. Tjenesten ytes uavhengig av om pasienten bor hjemme eller på institusjon. Det gis behandling og oppfølging både i hjemmet, på institusjon, på skole eller i barnehage. Fysioterapeuten vil foreta en faglig vurdering av behovet for fysioterapi og eventuelt andre tiltak som kan være aktuelle. Tiltak for kreftpasienter er en prioritert oppgave.

Tjenesten vurderer, tilpasser og formidler tekniske hjelpemidler til den enkelte bruker. I arbeidet med kreftpasienter er det viktig at fysio- / ergoterapi og servicetjenesten kommer tidlig inn med tilbud om tekniske hjelpemidler. Erfaringene tilsier at endringer i funksjonsnivå ofte skjer fort. Det er av stor betydning at aktuelle hjelpemidler er på plass hos brukeren når behovet oppstår.

Servicetjenesten har tre ansatte, hvorav to har ansvar for all distribusjon av hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen ut til og tilbake fra brukerne. De monterer og demonterer og tar enkle reparasjoner på hjelpemidlene. I tillegg har de ansvar for det kommunale hjelpemiddellageret.

Det er 11 avtalefestede fysioterapeuthjemler fordelt på 7 fysikalske institutt.

8.4 Psykologtjenesten

Psykologtjenesten gir tilbud om psykisk helsehjelp til barn, ungdom og deres familier. Tjenesten er et lavterskeltilbud og frem til 2010 hadde den tre psykologstillinger. I 2010 ble det opprettet en egen stilling som eldrepsykolog (65+). Psykologene gir hjelp og behandling ut fra et løsningsfokustert perspektiv og primært innenfor en kort behandlingsperiode. Psykologtjenesten arbeider ofte tett sammen med andre fagmiljø og har en veilederfunksjon hos helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

8.5 Psykisk helsetjeneste

Psykisk helsetjeneste er et tilbud til mennesker over 18 år som har psykiske helseplager eller har behov for støtte i en sorg- eller krisesituasjon. Primært henvises pasienten fra sin fastlege eller andre instanser som han / hun har kontakt med. Avdelingen gir tilbud om individuell oppfølging, støtte- og veiledningssamtaler med psykiatrisk sykepleier og om ulike kurstilbud.

Tjenesten har et eget aktivitetssenter der brukerne kan delta på ulike arrangement og aktiviteter (eksempel: svømming, keramikk- og maleverksted). Målsettingen er å bryte ensomhet og sosial isolasjon og at hver enkelt skal få oppleve økt mestring og sosialt fellesskap.

I tillegg administrerer Psykisk helsetjeneste et vakttelefonsystem som bidrar med sorg- og krisehjelp ved akutte kriser. Vakttjenesten samarbeider med Askøy legevakt og andre instanser som har kriseberedskap i kommunen, i hovedsak er dette politiet og kirken.

Sammen med kirken gir Psykisk helsetjeneste tilbud til etterlatte om å delta i sorggrupper. Tilbudet blir gitt i perioden mellom november og mai måned hvert år.

8.6. Helsesøstertjenesten.

Barn og unge berøres av sykdom, enten ved egen sykdom eller at en i familien rammes. Barn som pårørende er omtalt i punkt 8.2.1. Helsesøster vil i slike situasjoner ofte være en ressurs for barnet og barnets omgivelser i tilknytning til familie og skolesituasjon.

8.7. Andre samarbeidsparter

8.7.1. Den norske kirke og andre livssynssamfunn

Kommunehelsetjenesteloven og Sosialhelsetjenesteloven slår fast at personer som mottar pleie og omsorgstjenester får *"ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel"*. Tros- og livssynsutfoldelse regnes som slike grunnleggende behov. For mange vil samtale og refleksjoner omkring eksistensielle spørsmål være av stor betydning. Kirkens egenart og særpreg kan være et viktig bidrag i møte med menneskers åndelige behov.

Den norske kirke på Askøy

Kirken i Askøy er delt inn i 5 menigheter og hver menighet har sin kirke; Ask, Erdal, Herdla, Strusshamn og Tveit. Menighetene har felles administrasjon i Strusshamn kirke. Prestene har rullerende tjenesteuker og tjenestegjø-

rende prest har blant annet ansvar for begravelser og kontakt med pårørende. En av prestene representerer også kirken i kommunens kriseteam.

I tillegg er det en soknediakon i kommunen som jobber på tvers av menighetene. Soknediakonen jobber på lik linje med prestene når det gjelder samtaler og sjelesorg og begge står til rådighet både i og utenfor kirken. Prest og soknediakon har imidlertid fast tjeneste på institusjonene og omsorgsboligene. Samtale med prest eller diakon kan bestilles hos Kirkekontoret. Kirkens diakoniarbeid er definert som et lavterskeltilbud.

Menighetene på Askøy har også en felles besøkstjeneste der diakon kan koordinere kontakt med besøksvenn.

Både prest og diakon har bred erfaring og kompetanse på omsorg og begge yrkene har god kunnskap om omsorg i situasjoner som preges av tap og sorg. Det som er viktig i samtaler med pasienter og pårørende er å formidle nærhet og håp. Nærhet er i denne sammenheng definert som *medvandrerperspektivet*. Håp er betydningen av å formidle menneskets verdighet. Med andre ord vil kirkens tjeneste skape muligheter for økt livsmot og håp som kan gi styrke gjennom kriser, sorg og død.

Kirkens ansatte kan også hjelpe til med å videreformidle kontakt til andre kirke- og trossamfunn.

8.7.2 Andre livssynssamfunn

For personer som ikke bekjenner seg til noen religion kan det være aktuelt å kontakte Human- Etisk forbund (HEF). (Forbundet har regionkontoret sitt i Bergen). HEF vil formidle kontakt til gode samtalepartnere på et humanistisk og verdslig grunnlag, uten religiøse innslag.

8.7.3. NAV

Det å få en kreftsykdom vil som oftest innvirke på flere sider i livet. Sykdom og skade vil for mange medføre praktiske og personlige utfordringer som kan være vanskelig å håndtere. Her vil hjemmesituasjon, utdanningsmuligheter, tilknytning til arbeidslivet og privatøkonomiske forhold påvirkes.

NAV er statlig og kommunal tjeneste som skal bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet. En endret livssituasjon kan utløse rettigheter. NAV er instansen som har spisskompetanse i trygde- og sosialfaglige spørsmål. De skal være best til å gi informasjon, veiledning og bistand angående trygderettigheter og andre økonomiske hjelpeordninger. Det vil naturlig være slik at mange kreftpasienter og pårørende søker økonomiske råd og informasjon om rettigheter som følger av sykdommen.

9. Samhandling og systemarbeid

Økte behandlingsmuligheter og utviklingen innen fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling stiller nye krav til kommunene. En vil møte brukere med komplekse sykdomstilstander og omfattende hjelpebehov. Standardiserte løsninger begrenses og det er forventninger om at tjenestene organiseres slik at de tilrettelegges for individuelle løsninger. Nødvendig kompetanse og en hensiktsmessig organisering av kreftomsorgen i kommunen vil være en forutsetning for å kunne ivareta pasientgruppen på en god måte.

Love og forskrifter krever at økt samhandling mellom de ulike fagmiljøene og spesialisthelsetjenesten i kommunene vil være grunnleggende for å kunne gi et optimalt tjenestetilbud.

Å sørge for god systemrelatert samhandling er viktig i tillegg til pasientrelatert samhandling. I en fase der kommunens kreftomsorg skal styrkes og videreutvikles vil arbeid inn mot lokale og sentrale institusjoner bety mye. Å opprettholde etablerte kontakt- og samarbeidslinjer med eksterne fagmiljøer vil være en stor fordel for kommunen. Et faglig fellesskap inviterer til engasjement, utvikling og kompetanseheving og gir en styrket mulighet til å påvirke kreftomsorgen i primærhelsetjenesten.

9.1. Ressursteam

Som en del av prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" har kommunen opprettet et eget *Ressursteam for kreftomsorg og lindrende behandling*. Hensikten er å opprettholde et tett kontaktnett mellom fagmiljøene. Medlemmene i gruppen vil primært være kontakter inn til sine fagfelt. Det er også intensjonen at medlemmene skal spre nyttig informasjon og kunnskap i eget fagmiljø. I tillegg er det opprettet samarbeid med Kirken og NAV.

Ressursteamet er pilot for økt samhandling. Erfaringene vi har gjort er at tverrfaglig samarbeid er et stort gode for pasientene og deres pårørende. Forvarlig planlegging, og det å kunne være i forkant av ulike situasjoner kan hindre innleggelse i sykehus.

I en videreføring vil nåværende ressursteam etableres på nytt som et tverrfaglig hjelpeapparat integrert i en Lindrende enhet³.

9.2. Koordinerende Enhet

Koordinerende Enhet (KE) er en faggruppe med representanter fra flere fagavdelinger. KE har som oppgave å koordinere habiliterings- og rehabiliteringstjenester. KE skal være kontaktpunkt for samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og gruppen har et overordnet ansvar for oppfølging av individuelle planer.

KE har også en veilederfunksjon til øvrig helsepersonell med koordinatorrolle knyttet til Individuell plan. Målsettingen er å kvalitetssikre at flest mulig av de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester opplever kontinuitet, forutsigbarhet og mening med sin IP. Prosjektleder² er fast medlem i KE.

9.3. Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helseregion Vest

Kompetansesenteret åpnet i 2001. Det er organisert som en sentral enhet og et nettverk av kliniske medarbeidere i deltidsstillinger. Den sentrale enheten er på Haukeland Universitetssykehus med lege, undervisningssykepleier og sekretær. Staben av kliniske medarbeidere er tverrfaglig sammensatt og spredd på sykehus eller i Kommunehelsetjenestene i hele Helseregion Vest.

Senteret er et ressurscenter for helsepersonell som arbeider med lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Det skal fremme palliasjon i hele Helseregion Vest ved å styrke deltakernes kompetanse bygd på et helhetlig menneskesyn og gode fagkunnskaper.

Gjennom prosjektet "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" er det etablert et godt samarbeid mellom Askøy kommune og Kompetansesenteret. Dette ønskes videreutviklet i tiden fremover.

9.4. Nettverk av ressurssykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde

Nettverket er basert på en avtale om forpliktende samarbeid mellom Helse Bergen, Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helseregion Vest (KLB), Kreftforeningen Seksjon Vest, Betanien Diakonale Høgskole, Haraldsplass Diakonale sykehus og de 22 kommunene i Helse Bergens foretaksområde. Styringsgruppen er nettverkets øverste organ og driftsgruppen står for den daglige driften. KLB representerer Helse Bergens faglige forankring og er sekretariat for nettverket.

Askøy kommune er aktivt med i nettverket, har 4 ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling, hvorav en sitter i driftsgruppen. Ved inngangen av 2012 hadde nettverket ca. 100 ressursykepleiere.

Målsettingen med nettverket er å fremme god kvalitet i kreftomsorg og lindrende behandling gjennom

- klinisk virksomhet på arbeidsplassen,
- planmessig kompetanseheving,
- klinisk forbedringsarbeid,
- samhandling og systemarbeid.

I praksis vil dette være å delta på nettverkssamlinger, andre relevante kurs og konferanser og hospiteringsprogrammer. I tillegg er det å videreformidle kompetanse. Nettverket er også sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasienter som mottar tjenester både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

9.5. Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er i hovedsak organisert i de regionale helseforetakene og omfatter 2.linje- og 3.linjetjenesten. 2. linjetjenesten er lokalsykehuse, mens 3. linjetjenesten har referanseavdelinger.

Kreftpasientene i Askøy tilhører spesialisthelsetjenesten ved Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) og Haukeland Universitetssykehus. Primært vil kreftpasientene få utført diagnostikk og behandling for sin sykdom ved Haukeland Universitetssykehus.

Helseforetakene er spesialiserte og diagnosefokuserte. Basert på nye reformer og nytt lovverk kan en anta at helseforetakenes oppgaver vil bli ytterligere avgrenset i tiden fremover. For å dempe veksten i bruk av sykehustjenester vil kommunene få tilført både økonomi og kompetanse.

Ny Helse- og omsorgslov, kapittel 6, inneholder føringer for at det skal foreligge samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Eksisterende samarbeidsavtaler er for tiden under revisjon.

Som et ledd i å kvalitetssikre kreftomsorgen i Askøy vil en arbeide med å utvikle ulike flytskjema for å redusere tilfeldige individuelle variasjoner. (Se eksempel på side 35).

9.5.1 Palliativt team

Palliativt team er en tverrfaglig gruppe med bred kompetanse. Teamet inngår som et av Helse Bergens tilbud til inneliggende pasienter på Haukeland Universitetssykehus der lindrende behandling er sentralt. Kreftsykepleier i palliativt team er med i prosjektorganisasjon² og er en viktig aktør inn mot samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

9.5.2 Sunniva senter

Sunniva senter har en spesialfunksjon i helsevesenet og er lokalisert på Haraldsplass Diakonale sykehus. Senterets arbeid bygger på tverrfaglighet og er et supplement til sykehus og primærhelsetjenesten, herunder sykehjem. Pasienter som er tilknyttet Sunniva senter har en alvorlig, langt fremskreden sykdom og behov for lindrende behandling. Senterets målsetning er å bidra til best mulig livskvalitet ved å lindre plager slik at pasienten kan bo hjemme eller behandles så nær hjemmet som mulig.

Sunniva senter driver et uteteam, en dagavdeling med poliklinikk, en sengepost, arbeid for etterlatte, undervisning og prosjekt- og forskningsarbeid.

9.6. Betanien Diakonale Høgskole / Fagskolen i Hordaland

Bergen Diakonale Høgskole driver videreutdanning i kreftsykepleie. Det har vært et tett samarbeid mellom Askøy og BDH i flere år, blant annet med undervisning, veiledning i prosjektarbeid og -evaluering.

Skolen har opprettet en ressursgruppe med formål å kvalitetssikre og utvikle kreftsykepleierstudiet mot klinisk praksis. Stadig flere kreftpasienter mottar pleie og behandling i hjemmet og hjemmesykepleieperspektivet vektlegges mer i kreftsykepleieutdanningen. Prosjektleder i "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" er representant for Askøy kommune i nevnte ressursgruppe.

Det er også etablert et samarbeid med BDH om å tilby praksisplasser til studenter under videreutdanning i kreftsykepleie.

Samarbeidet med høyskolen gir positiv effekt på flere områder. Askøy får økt mulighet for rekruttering av spesialsykepleiere til kommunen, både innen hjemmetjenestene og på sykehjemmene. Vi oppnår tett kontakt med fagmiljøet på høyskolen og vi kan bidra til at kreftsykepleieutdanningen får økt fokus også på kreftomsorg i primærhelsetjenesten.

Fagskolen i Hordaland tilbyr fagskoletilbud innen kreftomsorg og lindrende behandling. Askøy kommune søker samarbeid for å få utdannet kvalifiserte medarbeidere for å møte fremtidens utfordringer innen kreftomsorgen.

9.7. Kreftforeningen

Kreftforeningen er en frivillig landsdekkende organisasjon som bidrar til forskning, omsorg, forebygging og informasjon. Foreningen driver pasientrettet innsats, med samtalegrupper, kurs og undervisning for pasienter og pårørende. Foreningen har egen internettside: www.kreftforeningen.no

Askøy kommune har etablert et nært samarbeid med Kreftforeningen. Samarbeidet har resultert i flere felles faglige arrangementer i løpet av de to siste årene. Representant fra Kreftforeningen er også med i prosjektorganisasjonen for prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten". .

Ett av kursene som Kreftforeningen arrangerer heter "Livslyst – når det røyner på". Dette er et kurs både for pasient og pårørende der målet er å øke deltakernes evne til å mestre vanskelige livssituasjoner. Kursets skal gi deltagerne større kjennskap til hvordan tanker påvirker ens følelser og også formidle teknikker som kan gjøre det lettere å håndtere hverdagen. Samlingene inneholder forelesninger, praktiske øvelser og erfaringsutveksling mellom deltagerne. Kurset er en del av Kreftforeningens satsing på rehabilitering.

Askøy kommune vil tilby kurset til sine innbyggere som et ledd i å videreutvikle fagområdet kreftomsorg og lindrende behandling.

10. Kompetanseheving og veiledning

Det stilles store krav til faglig dyktighet hos den enkelte helsearbeider som møter kreftpasienter i alle faser av sykdommen, uansett diagnose. Disse forventningene berører både det mellommenneskelige, det medisinskfaglige og det teknologiske plan. Behandling og pleie av kreftpasienter er både livsviktig og ansvarsfullt, og avhenger av den enkeltes dømmekraft i praksis. Profesjonsetikken skildrer det slik at den profesjonelle både skal reflektere og beslutte under et handlingspress²².

Pleie- og omsorgstjenestene i Askøy har utarbeidet en opplæringsplan hvor ett av satsningsområdene er videreutdanning innen kreftomsorg og lindrende behandling.

Gjennom prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" blir kompetanseheving og veiledning fra sykepleiere med videreutdanning i kreftomsorg og lindrende behandling definert som et ledd i å kvalitetssikre kommunens kreftomsorg.

Det er planer om å etablere en sengepost på Kleppstø sykehjem som skal være en interkommunal lindrende enhet og som også skal fungere som et ressurscenter for kommunene³. Enheten skal yte veiledning til fastleger, sykehjem og hjemmesykepleien. Med økt kompetanse i Kommunehelsetjenesten vil pasienter kunne få behandling og omsorg i eget hjem eller i det lokale sykehjemmet.

Som et ledd i dette har kommunen gitt to ressurspsykepleiere kurset "Lære – for å lære videre" ved Verdighetssenteret på Bergen Røde Kors Sykehjem. "Lære – for å lære videre" fokuserer på at alle eldre skal bli møtt med omsorg og kompetanse, spesielt i forhold til livets slutfase uavhengig av alder, diagnose eller oppholdssted.

Kursets målsetning er:

- å formidle kompetanse, kunnskaper og holdninger som sikrer de eldres livskvalitet og verdighet like til detsiste.
- å forhindre unødige sykehusinnleggelser.

- å støtte kursdeltakerne til å utvikle, etablere og gjennomføre lokale opplæringsprosjekter ved eget sykehjem eller i hjemkommunen.

Kursdeltakerne får en innføring i lindrende behandling, undervisning i prosjektarbeid og presentasjonsteknikk. En viktig del av kurset er at deltakerne skal lære å videreføre kursets innhold og metodikk til sin egen arbeidsplass.

10.1. Etisk refleksjon

Systematisk etisk refleksjon er viktig fordi helsepersonell i sine roller besitter stor makt og innflytelse på andre menneskers livssituasjon. Helsepersonell jobber i sårbare fortrolighetsrom med stor posisjonsmakt²². Kreftomsorgen preges av situasjoner som ikke kan forutbestemmes eller sikres av regler, prosedyrer eller standarder. Fagfeltet karakteriseres også av uforutsigbare møter som krever spesielle overveielser, skjønnsutøvelse og gode valg i en her- og-nå situasjon.

Store deler av arbeidet innen kreftomsorgen har med tillit og følelser å gjøre og foregår i direkte kontakt med pasient og pårørende. Å arbeide i skjæringspunktet mellom relasjoner og emosjoner kan være en kilde til arbeidsglede, men også til mental belastning²².

Helsepersonell som jobber innen kreftomsorgen utsettes for en annen form for risiko enn i tradisjonelt omsorgsarbeid. I møtet med pasienter og pårørende stilles en ovenfor etiske spørsmål, ubehagelige og sterke inntrykk, vanskelige valg og ulike etiske dilemma. En står i fare for å oppleve følelsesmessig slitasje som på den ene siden kan utløse kynisme, eller på den andre siden utbrenthet²³.

Kommunen må ha gode, systematiske rutiner for å ta vare på helsepersonell så som obligatorisk debriefing og refleksjonsfora. Dette er tiltak av både forebyggende og kompetansehevende karakter og anses som en naturlig del i videreføringen av prosjektet².

11. Innsatsområder og tiltak

Arbeidsgruppen definerer innsatsområder og tiltak inn i

- forbyggende arbeid
- Utviklingsarbeid og prosjektarbeid
- videreutvikle og forbedre kreftomsorg og lindrende behandling
- kompetanseløft innen kreftomsorg og lindrende behandling
- videreutvikle samarbeid internt og eksternt

11.1 Forbyggende arbeid.

Askøy kommunes målsetting er å ha en helhetlig kreftomsorg. Det innebærer at man starter med forbyggende tiltak som kan bidra til å redusere utvikling av krefttilfeller blant innbyggerne.

Innsatsfaktorer i det forbyggende arbeid er

- ha økt oppmerksomhet på riktig kosthold fra barnårene til alderdommen

- å redusere tilgjengeligheten på sukkerholdige drikker og matvarer
- å øke bruk av frukt og grønt i barnehager, skoler og på institusjoner
- arbeide systematisk med å redusere bruk av tobakk og rusmidler
- stimulere til økt fysisk aktivitet i befolkningen
- å øke satsingen på informasjon om kreftfare som kommer av folks solvaner og seksualvaner

Tiltak

Askøy kommune har ved rådmannen og hans ledergruppe bestemt at folkehelse er et overordnet satsningsområde i kommunen. I denne forbindelse ble det bestemt at man fra 2010 innførte

- røykfrie arbeidsplasser med tilbud til ansatte om røyke- avvenningskurs
- at alle brusautomater med sukkerholdige drikker fjernes
- at folkehelsebegrepet skal være sentralt i alt planarbeid

Andre tiltak som er iverksatt er

- alle jenter i 8.klasse får informasjon og tilbud om HPV vaksine
- MOT undervisning i ungdomsskolene
- Frisklivssentral planlegges etablert i kommunen.

Kommunen har ellers en godt organisert kulturavdeling som har kontakt med frivillige lag og organisasjoner som har et rikt og variert tilbud av kulturelle og fysiske aktiviteter.

Kommunens ansatte har tilbud om å være med i bedriftsidrettslaget (AKBIL) som har mange ulike fysiske og sosiale aktiviteter gjennom året.

11.2 Utviklings- og prosjektarbeid innen kreftomsorg og lindrende behandling

11.2.1. Prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten".

Prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" startet høsten 2009. Målsettingen var å forbedre kreftomsorgen i Askøy kommune. Samtidig ønsket man å utvikle nye rutiner i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen.

Vi har erfart at tidlig intervensjon og tett oppfølging av pasienter og pårørende som oftest bidrar til å gi økt trygghet og et bedre tjenestetilbud. En ser også en reduksjon i antall sykehusinnleggelser på grunn av at flere kreftpasienter ønsker å avslutte livet sitt i eller nær hjemmet.

Prosjektet har mottatt økonomisk støtte fra Helsedirektoratet. I tildelingsbrevet begrunnes det at prosjektet har nasjonal overføringsverdi og er solid forankret i kommunen.

11.2.2. Prosjekt "Lindrende Enhet".

Lindrende enhet er et interkommunalt helsetilbud for innbyggerne i Askøy, Fjell, Sund og Øygarden kommuner i samarbeid med Helse Bergen. Helsetilbudet ligger i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i samsvar med Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen.

Enheten legges på et halvannenlinjenivå og skal gi et medisinsk tilbud som hindrer sykehusinnleggelser eller forkorter oppholdstiden ved innleggelser. Tilbudet vil også omfatte avlastning eller medisinstiljustering underveis i et sykdomsforløp frem mot livets slutfase.

En del av Lindrende Enhet skal fungere som et ressurscenter for kommunene. Dette er spesialkompetanse på tverrfaglige tilbud innen kreft og lindrende behandling. Kompetanseheving og veiledning av pasienter, pårørende og personale skal være sentralt. Med økt kompetanse i Kommunehelsetjenesten vil vi kunne gi flere pasienter behandling og omsorg i egne hjem eller på det lokale sykehjemmet. Dette vil kunne redusere innleggelsesfrekvensen i sykehus og varighet på opphold i spesialisthelsetjenesten.

Det foreligger en rapport om Lindrende Enhet. (Vedlegg nr. 1). Prosjekt "Lindrende Enhet" har gitt et nytt tilbud innen kreftomsorg og lindrende behandling i kommunen. Askøy kommune vil ha egne plasser i samme avdeling som den interkommunale lindrende enheten.

11.3 Videreføring og forbedring av kreftomsorg og lindrende behandling i Askøy kommune

Det videre arbeidet i prosjekt "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten" må ses i sammenheng med etablering av Lindrende Enhet. Det er likevel viktig å presisere at det ene ikke erstatter det andre. Selv om videreføringen av kreftomsorgsprosjektet integreres med den lindrende enheten er begge tilbudene gjensidig avhengig av hverandre for å oppnå en helhetlig kreftomsorg og et sømløst tjenestetilbud.

Videreføringen vil føre til at det må opprettes to kreftkoordinatorstillinger i kommunen. Den ene koordinatoren vil primært arbeide på systemnivå for å styrke gode samhandlingsrutiner og koordinere at Askøy ikke blir stående alene som aktør på fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling.

Den andre koordinatoren vil ivareta direkte pasient- og pårørendekontakt og være ansvarlig for kompetanseheving og veiledning til ansatte i pleie- og omsorgstjenestene (PLO). Det skal siktes inn mot en modell der hver tjeneste i PLO har en kreftkontakt.

Intensjonen er at denne skal være tjenestens ressursperson innen kreftomsorg og lindrende behandling og videreformidle kunnskap til sine kolleger. Kreftkontaktene vil også få ansvar for veiledning og oppfølging av kreftpasientenes primær- og sekundærkontakter.

Prosjektarbeiderne har arbeidet systematisk med kompetanseheving og veiledning ut mot PLO-tjenestene i åpen omsorg. I videreføringen vil det også være naturlig å innføre samme struktur i PLO-tjenester i institusjon. En viktig oppgave vil være å utvikle sømløse behandlingslinjer sammen med ansatte i denne fagavdelingen. Selv om koordinatorene har definerte funksjonsområder vil det tidvis kreve interne og fleksible overlappingsordninger.

Kreftkoordinatorene vil utvikle et nært samarbeid med den lindrende enheten. I tillegg til behandlingstilbud til kreftpasienter og deres pårørende vil enheten også være et sentralt fagmiljø kreftomsorg og lindrende behandling. Lokal

kreftkoordinator skal samarbeide med ressurspsykeleierne i kommunene for å styrke den interkommunale samhandlingen. Å vektlegge en slik felles interkommunal samhandlingsarena anses å ha vesentlig betydning for å kvalitets sikre pasientflyten inn og ut fra den lindrende enheten.

11.4 Kompetanseløft innen kreftomsorgen

- Opprette to kreftkoordinatorstillinger i kommunen
- Opprette kreftkontakter i samtlige PLO-tjenester
- Etablere en interkommunal lindrende enhet lokalisert i Askøy kommune
- Lindrende enhet skal være et ressurscenter i regionen
- Støtte til spesialutdanning innen kreftomsorg skal være prioritert PLO-tjenestenes opplæringsplan
- Avdelingslederne i Tjenester i åpen omsorg og Tjenester i institusjon skal tilrettelegge for at ressurspsykeleiere og kreftkontakter får avsatt tid til å arbeide med faglig utvikling
- Ressurspsykeleiere og kreftkontakter har ansvar for internundervisning
- Avdelingslederne i pleie- og omsorgstjenestene har ansvar for å etablere veilednings- og refleksjonsgrupper i sine avdelinger
- Arrangere årlige temadager for kreftomsorg og lindrende behandling
- Arrangere kurs for pasienter og pårørende i samarbeid med Kreftforeningen
- Etablere hospiteringsordninger knyttet til lindrende enhet

11.5 Videreutvikle samarbeid internt og eksternt

- legetjenesten
- helseforetak
- interkommunalt
- Kreftforeningen
- Betanien Diakonale Høgskole
- ulike fagavdelinger som gir tilbud til kreftpasienter
- Koordinerende Enhet

11.5.1. Legetjenesten

- Opprettholde informasjonsflyt og samhandling ved bruk av ESAS – symptomregistreringsskjema.
- Kreftkoordinator og kreftkontakter deltar i ulike legefors.
- Utarbeide og formalisere felles samhandlingsrutiner.
- Kompetanseutveksling ved å invitere / delta på fagdager, kurs etc.

11.5.2. Helseforetak.

- Utarbeide og formalisere gode samarbeidsavtaler.
- Utvikle flytskjema for pasientforløp.
- Etablere gode samhandlingsarenaer.
- Etablere hospiteringsordninger.
- Ha fokus på individuell plan som verktøy

11.5.3. Interkommunalt samarbeid

- Styrke samarbeidsrutiner for ressurspsykeleierne.
- Etablere en felles samhandlingsarena.
- Etablere hospiteringsordninger knyttet til lindrende enhet.

11.5.4 Kreftforeningen

- Etablere felles kursvirksomhet for pasienter og pårørende.
- Fortsette å arrangere fagdager i felleskap.

11.5.5. Betanien Diakonale Høgskole:

- Opprettholde tett samarbeid og engasjement i prosjektarbeid
- Opprettholde engasjementet i høyskolens ressursgruppe.
- Kommunen utvider tilbud om praksisplasser for studenter fra høyskolens videreutdanning i kreftsykepleie.

11.5.6. Ulike avdelinger i helse- og omsorgstjenesten

- Videreutvikle kommunens etablerte ressursteam innen kreftomsorg og lindrende behandling.
- Ha fokus på koordinatorrollen og Individuell Plan som verktøy.

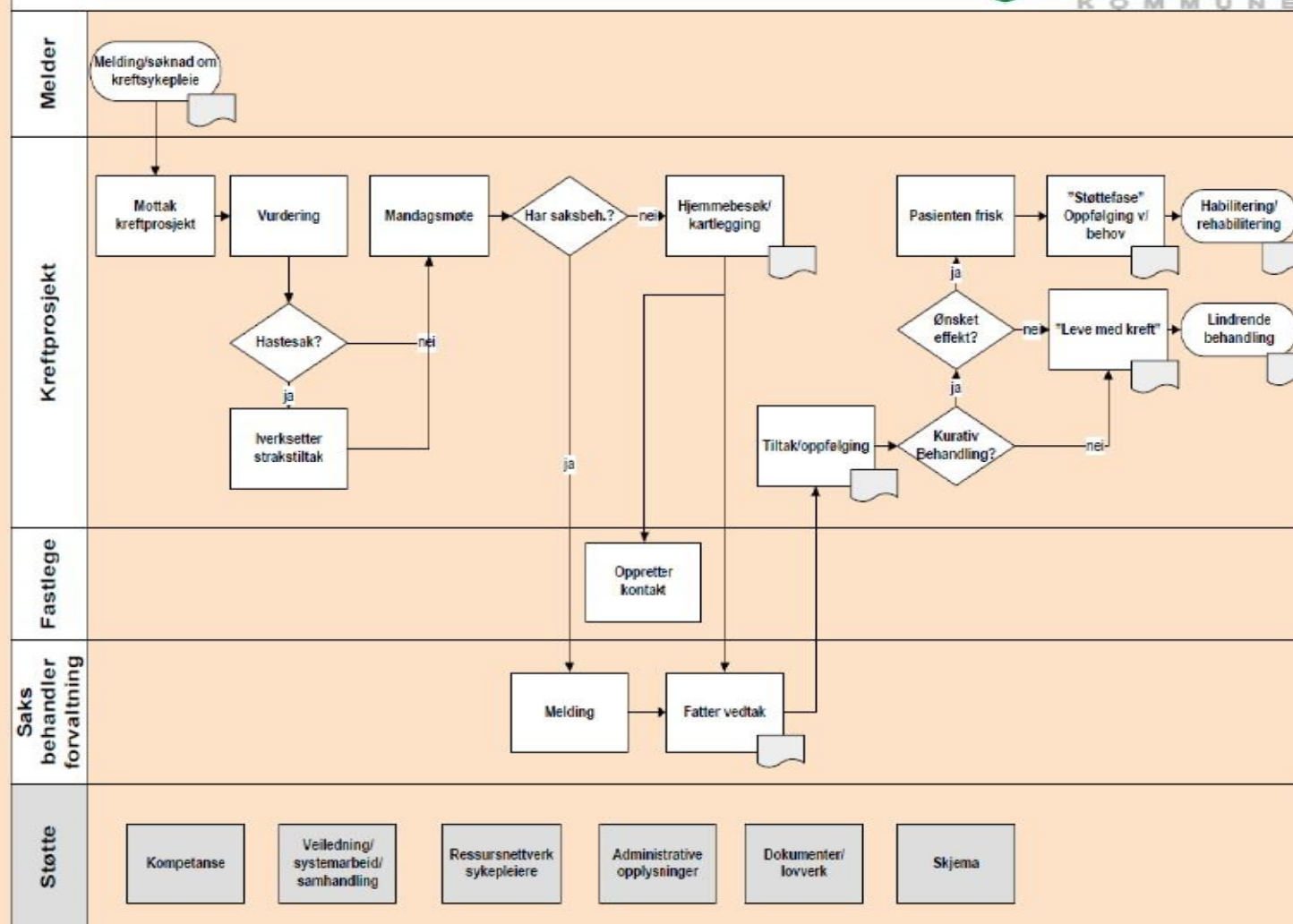
11.5.7. Koordinerende Enhet

- Opprettholde engasjementet i gruppen.

Medlemmer i Ressursteam innen kreftomsorg

- **Liv Furuvoold**, representant fra NAV. Tlf: 53 04 36 68 / 48 21 38 41.
ePost: LIV.FURUVOLD@NAV.NO
- **Christian Aarø**, psykiatrisk sykepleier. Tlf: 97 05 17 19. ePost: christian.aaro@askoy.kommune.no
- **Ingvil Austbø**, fastlege og medisinsk faglig rådgiver for PLOMS. Tlf: 56 15 83 10 / 95 85 78 09.
ePost: ingvil.austbo@askoy.kommune.no
- **Jannicke Monstad**, diakon. Tlf: 41 64 91 88. Mail adr: jannicke.hana@kirken-askoy.no
- **Egil Hjortland**, prest. Tlf: 95 76 44 26. Mail adr: ehjortl@broadpark.no
- **Tone Steinfeld**, kreftsykepleier og prosjektleder. Tlf: 56 15 83 55 / 90 53 87 86.
ePost: tone.steinfeld@askoy.kommune.no
- **Anita Furnes Himle**, helsesøster. Tlf: 95 29 03 14. ePost: anita.himle@askoy.kommune.no
- **Mona Moan**, leder for ergo- og fysioterapeuttenesten. Tlf: 56 15 83 32 / 90 53 87 50.
ePost: mona.moan@askoy.kommune.no
- **Monica Moe**, sykepleier med palliative videreutdanning. Tlf: 56 15 83 55 / 98 85 97 64.
ePost: monica.moe@askoy.kommune.no
- **Sølvi Sørebo**, leder for Forvaltningsenheten.
Tlf: 56 15 82 43 / 97 05 17 26. ePost: solvi.sorebo@askoy.kommune.no

Prosjekt Kreftomsorg i Askøy kommune



Referanseliste

1. Samhandlingsreformen (2008-2009) St.meld. nr 47.
2. Prosjektbeskrivelse: "Kreftomsorg i primærhelsetjenesten".
<https://askoy.kommune.no/helse-og-omsorg/kreftomsorg/kreftomsorg>
3. Sluttrapport fra april 2011: "Lindrende enhet" - et samarbeidsprosjekt. **Eget vedlegg.**
4. Ressursteam innen kreftomsorg og lindrende behandling, -> Se side 33..
5. <http://www.kreftregisteret.no/>
6. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen
7. Statistisk sentralbyrå.
<http://www.ssb.no/>
8. Omsorgsplan 2015
9. Nasjonal helseplan (2007-2010).
10. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009.
11. Regional kreftplan (2005-2010) for Helseregion Vest
12. Sektorplan for pleie- og omsorgsavdeling, Askøy kommune, 2010-2013.
askoy.kommune.no/getfile.aspx/document/epcx_id/1644/epdd_id/5480
13. Ruspolitisk handlingsplan: askoy.kommune.no/ruspolitikk/
14. <http://www.kreftforeningen.no/>
15. NOU: 1997: 20 Omsorg og kunnskap. Helsedirektoratet.
16. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Helsedirektoratet.
17. Helsepersonellloven § 10a
18. Veileder til forskrift om Individuell plan (2010)
19. Bergens Tidende 27/9-10: "Tar farvel med mor hjemme"
20. Henvisningsskjema: <https://skjema.kf.no/more/wizard/wizard.jsp?wizardid=2078&ouref=1247>
21. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Ikrafttredelse 2012 -01-01
22. Christoffersen Aage Svein (2011): *Profesjonsetikk*. Universitetsforlaget.



Skrevet av prosjektledelsen for prosjekt Kreftomsorg i primærhelsetjenesten



Postboks 323 - 5323 Kleppestø

Sentralbord: 56 15 80 00

E-post: postmottak@askoy.kommune.no

www.askoy.kommune.no