

Halden Kommune



Kreftplan for Halden kommune

Prosjektgruppa

2015-2018

Innhold

Forord	2
Dagens utfordringsbilde	5
Målområde 1: En mer brukerorientert kreftomsorg	6
Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt.....	6
Informasjon, medvirkning og beslutning	6
Kreftpasienters og pårørendes tilbakemeldinger skal brukes aktivt til å forbedre tjenestetilbudet..	7
Målområde 2: Halden kommune tilrettelegger for gode pasientforløp	8
Tilbudet til kreftpasienter skal organiseres gjennom helhetlige og koordinerte pasientforløp uten unødig forsinkelse.	8
Det skal etableres god samhandling, mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.....	8
Økt bruk av individuell plan for kreftpasienter	9
Samhandling om kreftpasienter i Halden Kommune:	9
Kreftkoordinatorrollen:	10
Målområde 3: Halden kommune legger til rette for kreftforebygging.....	12
Kreftforebygging skal skje på en måte som motvirker sosial ulikhet i helse	12
Målområde 4: Flere overlever og lever lenger med kreft.....	13
Personell og kompetanse	13
Det skal utvikles gode indikatorer for å måle kvaliteten i kreftomsorgen.....	14
Målområde 5: Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.....	15
Kreftpasienter skal få et styrket tilbud om rehabilitering.....	15
Lindrende behandling.....	16
Styrking av arbeidet med lindrende behandling og omsorg ved livets slutt gjennom kompetansehevede tiltak.....	19
Hjemmebasert omsorg.....	19
Sikre pårørende god oppfølging og veiledning	21
Legge til rette for at frivillige og likemenn kan delta i kreftomsorgen.....	22
Sammendrag av de viktigste målene i Kreftplan for Halden Kommune	23
Tiltak i Kreftplan 2015 - 2018.....	24
Referanser:	25

Forord

Sammen – mot kreft

Kreftsykdom utfordrer oss alle på flere måter. Selv om behandlingen blir bedre og stadig flere overlever kreft, er det også stadig flere som rammes. Kreftsykdom er ikke én, men mange ulike sykdommer. En av de største utfordringene som kreftomsorgen står overfor, er dermed utvikling av mer målrettet og persontilpasset behandling, tilpasset den enkelte krefttypen og den enkelte pasientens egenskaper, muligheter og behov.

Halden kommunes oversiktsdokument «helse- og helsetilstanden i befolkningen, og påvirkningsfaktorer på denne» (2.utgave, 2015), viser at Halden har færre nye krefttilfeller pr år enn resten av landet, men likevel øker antallet år for år. Kreft i fordøyelsesorganer, bryst og prostata er mest utbredt. Lungekreft blant menn er mer utbredt i Halden enn i resten av fylket og landet.

Levealder for Halden er lavere enn landsgjennomsnittet, og statistikken bekrefter at levekårene er dårligere her enn gjennomsnittet for landet. Konklusjon er at Halden har mange innbyggere med livsstilsrelaterte sykdommer.

Halden kommune har en kreftplan fra 2008, med tilhørende tiltak og strategier. De fleste tiltakene er nå iverksatt, og flere mål er nådd. *Sammen mot kreft – nasjonal kreftstrategi 2013–2017* og kreftplan for Halden, 2008, danner grunnlag for foreliggende kreftplan for Halden kommune.

Denne planen ønsker å rette tiltakene mot en helhetlig kreftomsorg, og ikke bare mot alvorlige syke og døende pasienter, som ble detaljert beskrevet i forrige plan (2008). Planen bygger i hovedsak på nasjonal plan, med lokale tilpasninger.

Nasjonale målsettinger:

Målområde 1: En mer brukerorientert kreftomsorg

Målområde 2: Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp

Målområde 3: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging

Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft

Målområde 5: Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Nasjonal kreftstrategi bæres oppe av to gjensidig forsterkende prinsipper:

- Å sette pasienten i sentrum og endre forholdet mellom pasient og behandler slik at pasienter medvirker aktivt i beslutninger om egen behandling og omsorg: ” - *ingen beslutning om meg uten meg*”.
- Å bedre kvaliteten i behandlingen slik at tilbudet fremstår helhetlig og godt koordinert

Når disse to prinsippene virker sammen, vil de bidra til nytenkning, bedre pasientopplevelse og bedre kvalitet på tjenestene.

Samarbeid mellom de offentlige helse- og omsorgstjenestene og frivillig sektor er viktig for bedre livskvalitet og mestring hos kreftpasienter, og dette samarbeidet vil bli enda viktigere i tiden som kommer.

Bakgrunn

På bakgrunn av at Halden Kommunes kreftplan fra 2008 må revideres, har kommunen nedsatt en prosjektgruppe som har fått ansvar for å vurdere igangsatte tiltak, samt revidere og se på muligheter for å etablere nye tiltak for å møte fremtidens utfordringer.

Tidlig i prosessen ble Aremark kommune innlemmet i prosjektgruppen som en mulig samarbeidspartner. Dette samarbeidet ble avsluttet på sensommeren 2014 på bakgrunn av at Aremark kommune foreløpig ikke klarte å kartlegge kommunens egne behov, ei heller dens behov for samarbeidsarenaer eller kompetansedeling/heving. Dette samarbeidet bør utvikles og jobbes videre med, uavhengig av denne kreftplanen.

Den nasjonale strategien har satt opp fem målsetninger, som vi ønsker å tilpasse og utarbeide til en kreftplan/handlingsplan som tar utgangspunkt i lokale forhold og forutsetninger. Nasjonale retningslinjer er førende.

Utarbeidelsen av planen har foregått både tverrfaglig og tverretattlig/tverrenhetlig.

Prosjektleder:	Ellen Rosseland Hansen, kreftkoordinator for Halden og Aremark
Sekretær:	Heidi Karlsen, fag- og kvalitetsrådgiver
Prosjektdeltakere:	Bodil Glomsrød, ressurspsykeleier, hjemmesykepleien
	Inger Olsen, enhetsleder
	Azad Øysahl, sykehjemslege
	Bente Bjørk, ergoterapeut
	Hilde Finsådahl, diakon
	Anne-Marie Solberg, fysioterapeut
	Unni Johansen, avdelingsleder
	Gun Kleve, folkehelsekoordinator
	Marita Johansen, kreftpsykeleier

Målet med utarbeidelsen av den nye kreftplanen er å rette fokuset på hvilke faktorer som virker inn på det kommunale kreftomsorgstilbudet, sette personsentrert omsorg i sentrum, bedre samarbeidet i primærhelsetjenesten og samarbeidet på tvers av nivåer og sektorer (gode pasientforløp), samt utarbeide strategier for forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg ved livets slutt. Et viktig element er oppmerksomhet på lindrende behandling, og å bidra til større valgfrihet for pasienter som eventuelt ønsker å avslutte livet i sitt eget hjem. I henhold til de statlige føringene pekes det på at vi har en utfordring i videre implementering av frivillige inn i kreftomsorgen. I denne planen vektlegger vi et helhetlig menneskesyn. Med det mener vi at menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon er en helhet.

Gjennomføring av Kreftplanen

Kreftplanen for Halden kommune må forankres godt både administrativt, politisk og blant de ansatte i kommunal helse – og omsorgstjeneste. Beskrivelser, tiltak og mål må gjøres kjent, slik at planen for kommunal kreftomsorg er forutsigbar for alle de berørte partene.

Ansvarsområdene, de økonomiske rammene og prioriteringene må avklares etter den årlige budsjett- og økonomiplanprosessen. Prosjektgruppen anser dette dokumentet som en fagplan, og den trenger dermed ikke å behandles politisk, men kun administrativt.

Status og utviklingstrekk

I 2013 lever det mer enn 200 000 personer i Norge som har eller har hatt kreft (*Sammen mot kreft – nasjonal kreftstrategi 2013–2017*). Dette er omtrent tre ganger så mange som i 1980. Hvert år diagnostiseres det nå litt under 30 000 nye krefttilfeller, mot vel 14 000 i 1980.

Økningen i nye krefttilfeller skyldes flere forhold:

- Befolkningen øker
- Andelen eldre i befolkningen øker – og risikoen for å få kreft øker med stigende alder
- Bedre diagnostikk og bedre screening
- Reell økning av visse typer kreft

I henhold til kreftregistrets prognoser tilsier at i 2030 vil antall nye krefttilfeller fortsette å øke og nesten 40 000 personer vil årlig få diagnosen. Den viktigste årsaken til økningen er den økende andelen eldre i befolkningen og at flere overlever kreft. Når en ser bort fra dødsfall av andre årsaker enn kreft, levde omtrent halvparten av kreftpasientene fem år etter diagnosen i 1980 (relativ overlevelse). Nå er andelen mer enn to tredeler. Denne økningen skyldes både at kreftdiagnosene stilles tidligere og at kreftbehandlingene er blitt bedre. Men selv om flere overlever, er det fortsatt for mange som dør av kreft. Mer enn 10 000 personer døde av kreft i 2011. Kreft er fortsatt den sykdommen som bidrar mest til for tidlig død. I 2009 døde 2636 menn og 2236 kvinner mellom 35 og 74 år av kreft, henholdsvis 37 % og 50 % av alle dødsfall i denne aldersgruppen. De fire vanligste kreftformene i Norge er lungekreft, tykktarmskreft, brystkreft og prostatakreft (*Sammen mot kreft – nasjonal kreftstrategi 2013–2017*).

Kreft totalt, nye tilfeller, hentet fra helsedirektoratets helseprofil for Halden for (tall per 100 000).

Nye tilfeller	Halden	Østfold	Norge
2014	541	576	565
2013	518	564	554

Tabellen viser at det i Halden er færre nye tilfeller av kreft enn i Østfold for øvrig, og også færre enn på landsbasis. (Innbyggertallet er justert opp statistisk sånn at det skal være sammenlignbart med andre. Hvis det hadde bodd 100.000 i Halden hadde 541 statistisk sett fått kreft i sist år).

Dagens utfordringsbilde

Det er god kvalitet i norsk kreftomsorg. Sammenliknet med andre land har vi for eksempel gode overlevelsestall for flere kreftformer. Det er en kjent sammenheng mellom helseatferd og enkelte kreftformer.

Målet med forebyggende arbeid er å hindre at sykdom oppstår og bidra med flere leveår med god helse. Det forebyggende arbeidet ser på risikofaktorer som påvirker folkehelse generelt, og ikke knyttet opp mot enkeltlidelser. Faktorer som gir økt risiko for kreft gir også ofte økt risiko for andre lidelser og sykdommer.

Risikofaktorer kan være: Tobakksbruk, usunt kosthold, alkoholbruk, overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, overdreven soling og skadelige miljøfaktorer. Nærmere 90 % av lungekrefttilfellene skyldes røyking (helse og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

For å forebygge kreft er det viktig at befolkningen kjenner faresignalene og symptomene som kan være tegn på kreft. Kampanjer som har vært kjørt i media, for eksempel hvordan man skal se etter tegn på føflekkreft, er eksempler på godt informasjonsarbeid. Kampanjer mot røyking likeså. Det er anslått at ett av tre krefttilfeller kan forebygges, og det er et nasjonalt mål at Norge skal bli et foregangsland innenfor kreftforebygging (helse og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

Helsetilsynet gjorde i 2010 en vurdering av risikobildet av norsk kreftbehandling. Konklusjonen var at risikonivået var for høyt. De fire viktigste risikofaktorene var knyttet til sen diagnostikk, mangler ved informasjonsflyt, kontinuitet i behandlingen og komplikasjonsovervåking.

En stor utfordring for norsk kreftomsorg er den betydelige økningen vi vil se av nye krefttilfeller i årene som kommer, spesielt blant eldre. Denne utviklingen vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i sykehusene med behov for investeringer i utstyr og infrastruktur, men den vil i minst like stor grad bli en utfordring for kommunale helse- og omsorgstjenester.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene 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 sykehusinnleggelse. I tillegg er det et mål at behandling som kan desentraliseres, blir tilbudt lokalt, gjerne i samarbeid med kommunene. Kommunen skal 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 beste effektive omsorgsnivå (St. meld. 47, Samhandlingsreformen). Dette krever både kapasitet, kompetanse og god koordinering i kommunale helse- og omsorgstjenester. Halden kommune kjenner godt til disse utfordringene, og erfarer at kreftpasienter i varierende grad kommer til for eksempel lindrende enhet i dag, en enhet som fremover vil være et kompetansesenter for lindrende behandling generelt og kreftsykdom spesielt. Dersom pasientene trenger et døgnbasert tilbud for å ivareta seg selv og sykdommen, forekommer det at kreftpasienter får et tilbud om korttidsopphold på sykehjem, rehabiliteringsavdeling, intermediær avdeling og lindrende enhet. Dersom det er mulig, bør kreftpasienter i hovedsak få et tilbud på lindrende enhet.

Målområde 1: En mer brukerorientert kreftomsorg

Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet *God kvalitet – trygge tjenester* (Meld. St. 10, 2012) fastslår at tjenestene skal bli mer brukerorientert. Dette betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for alle beslutninger og tiltak, og at pasienter skal få god informasjon og støtte, slik at de aktivt kan delta i beslutninger som angår dem selv.

Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt

God kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell bidrar til bedre resultater av behandlingen og bedre helse for pasienten. Pasienter og brukere påpeker at informasjon og kommunikasjon er viktige forbedringsområder. I kommunehelsetjenesten er det avgjørende at fastlegen har en tett og god oppfølging av pasientene, ved å gi tilstrekkelig informasjon om sykdommer og behandlinger, oppfølgingen og samhandlingen. Fastlegen er et viktig bindeledd for et sømløst tjenestetilbud og mellom de ulike aktørene i løpet av behandlingstiden.

Tiltak:

- Kommunen skal arrangere kurs i kommunikasjon for fastlegene og det øvrige helsepersonellet
- Kommunen skal tilrettelegge for at pasienten opplever å ha stabilt personale rundt seg (PAS = Pasientansvarlig sykepleier)
- Kommunen skal sørge for at alle kreftpasienter skal få tilbud om kontakt med kreftkoordinator
- Kommunen skal sørge for å etablere en samarbeidsarena mellom lege og pleie – og omsorgssektoren, og gjennomføre samarbeidsmøter ved behov

Informasjon, medvirkning og beslutning

Det er et mål at pasientene til enhver tid skal vite hvem de skal henvende seg til når det gjelder egen sykdom og behandlingsforløpet. Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav om at pasienter som henvises med mistanke om kreft skal få utnevnt en egen kontaktperson i spesialisthelsetjenesten. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten har fastlegen ansvaret for å fylle en slik rolle. Pasienter som er godt informert om sin sykdom, behandlingsmetodene og konsekvensene er bedre rustet til å være med på å ta kompetente valg og delta i beslutningsprosesser som omhandler dem selv.

Tiltak:

- Fastlegen skal levere ut brosjyren om tilbudet til kreftpasientene i kommunen og med navn på de ansvarlige for pasienten
- Kommunen skal sørge for at alle pasientene skal få et tilbud om individuell plan(IP)
- Kvalifisert helsepersonell skal sørge for at pasienter og pårørende får god og tilpasset informasjon om sin kreftsykdom, kreftbehandling og pasientforløp, avhengig av hvor de er i sitt sykdomsforløp

- Kommunen skal bidra i utviklingen av pasientopplæringstilbud i samarbeid med Kreftforeningen, pasientorganisasjonene på kreftområdet og sykehus

Kreftpasienters og pårørendes tilbakemeldinger skal brukes aktivt til å forbedre tjenestetilbudet

Brukererfaringsundersøkelser gir nyttig informasjon om opplevelsen av kvalitet i tjenestetilbudet, og erfaringene bør brukes i kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid.

Tiltak:

- Utvikle måleindikatorer for kvalitet i tjenestetilbudet (se s.15)
- Gjennomføre brukererfaringsundersøkelser innenfor kreftomsorgen i Halden kommune, og benytte resultatene til videre fagutvikling – og kvalitetsarbeid

Målområde 2: Halden kommune tilrettelegger for gode pasientforløp

Hele behandlingsskjeden må arbeide sammen mot et felles mål, og må samhandle på tvers av profesjoner, nivåer og enheter. Samhandlingsreformen forutsetter tverrfaglig, tverretattlig/enhetlig samarbeid generelt og spesielt i arbeidet med kronisk syke mennesker. Halden kommune har i tråd med nasjonale føringer, sammen med de øvrige Østfoldkommunene en samarbeidsavtale med sykehuset Østfold.

Tilbudet til kreftpasienter skal organiseres gjennom helhetlige og koordinerte pasientforløp uten unødig forsinkelse.

Fastlegen vil få en sentral rolle i koordineringsarbeidet, og vil inneha et spesielt ansvar for å kunne tilby pasientene den beste medisinske oppfølgingen. Dette gjelder i utrednings-henvisningsfasen, oppfølgingen etter eller mellom behandlingene i sykehus, samt der pasientene har et behov for lindrende behandling ved livets slutt.

Behandling innen 20 virkedager er et nasjonalt mål og omhandler først og fremst spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har ansvar for at pasientene unngår forsinkelser i prosessen med utredning, behandling og oppfølging. Fastlegene har en viktig rolle som medisinsk faglig koordinator og som bidragsytere for å skape helhetlige og gode pasientforløp innad i kommunenes helse- og omsorgstjenester og mellom 1. og 2. linjetjenesten. Den reviderte fastlegeforskriften, som trådte i kraft 1. januar 2012, tydeliggjør fastlegens medisinske koordineringsansvar og det kommunale ansvaret for allmennlegetjenester i kommunene.

Det skal etableres god samhandling, mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Pasientene skal møte en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp. Hensikten er å ivareta en god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for deltjenestene. Viktige elementer i dette arbeidet er gode IKT-løsninger som sikrer informasjonsflyten. Stortingsmeldingen om digitale tjenester, *Én innbygger – én journal* (Meld. St. 9, 2012), fastslår målet om at helsepersonell raskt og effektivt skal få tilgang til nødvendige pasientopplysninger. Dette gjelder gjennom hele pasientforløpet, uavhengig av hvor pasienten blir syk eller får behandling. Det er avgjørende at utveksling av pasientopplysninger kan skje elektronisk mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Informasjon bør/skal være lett tilgjengelig i elektronisk pasientjournal. Regjeringens hovedmål er én innbygger, én journal.

Tiltak:

- Kommunen må være en pådriver for at effektive elektroniske integrerte løsninger blir utviklet og tatt i bruk, i tråd med retningslinje nr. 9 i samarbeidsavtalen med SØ

Økt bruk av individuell plan for kreftpasienter

Kreftpasienter går ofte gjennom komplekse pasientforløp hvor de veksler mellom fastlege, sykehus og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. I spesialisthelsetjenesten er pasientene gjerne i kontakt med flere ulike behandlingssteder og avdelinger. Dette kan føre til at kreftpasienter opplever at tjenestene er fragmenterte og ukoordinerte, og at de selv må være koordinator for de ulike tjenesteutøverne. For at pasientforløpet skal fungere godt kreves god samhandling, logistikk og kommunikasjon mellom de ulike behandlingsstedene og behandlingsnivåene.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan. Individuell plan kan være et viktig verktøy for å sikre god samhandling mellom tjenesteyterne og pasientforløp med kontinuitet og tydelige ansvarsforhold. I spesialisthelsetjenesten er det stilt krav om at det skal utarbeides en behandlingsplan for pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Både spesialisthelsetjenesten og kommunen har etter loven plikt til å oppnevne en koordinator. Kommunens plikt følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Oppgavene til koordinatoren er både etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten, sikre samordningen av tjenestetilbudet og å sikre fremdriften i arbeidet med individuell plan.

Tiltak:

- Kommunen skal sørge for at alle pasientene med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få et tilbud om individuell plan(IP)

Samhandling om kreftpasienter i Halden Kommune:

Samhandling på tvers av nivåer, sektorer og profesjoner er en viktig forutsetning for å lykkes i samarbeidet om kreftpasientene i Halden kommune. Det er viktig å tilrettelegge for en god kommunikasjon mellom de involverte. I tillegg til pasient og/evt. pårørende, består ofte de involverte/behandlingsteamet av fastlege, hjemmesykepleie (PAS), kreftkoordinator, lindrende enhet, og spesialisthelsetjenesten.

Tiltak:

- Gjennomføre tverrfaglige samarbeidsmøter hvor aktuelle parter deltar
- Gjennomføre dialogmøter med fastlegene, og se på muligheter for fast telefontid for kreftpasientene, og evt. for PAS (Pasientansvarlig sykepleier).
- Utvikle kommunikasjon pr. E – link
- Etablere muligheter for at personalet på lindrende enhet kan bistå øvrig helsepersonell ved telefonisk kontakt (rådgivende/veiledende telefon)
- Etablere en ordning med akuttberedskap for en seng på lindrende enhet hvis uforutsette hendelser oppstår i hjemmet.
- Legge til rette for at pasienter så langt det lar seg gjøre er med i beslutningsprosesser både i forhold til behandlingen og oppfølgingen av sykdomsforløpet, samt at de kan delta hvis ønskelig, i beslutninger knyttet til hvor de ønsker å dø.

Kreftkoordinatorrollen:

Halden og Aremark kommuner har med støtte fra Kreftforeningen hatt en 100 % kreftkoordinatorstilling siden 2012. Dette er et nasjonalt tiltak som kreftforeningen har gitt et økonomisk tilskudd til i etableringsfasen. Tilskuddet vil gradvis trappes ned de nærmeste årene.

Kreftkoordinator er et lavterskeltilbud til pasienter og pårørende. Henvisning fra fastlege er ikke nødvendig, og det skal være lett å ta og få kontakt. Ulike kommuner er ulikt organisert, og arbeidsoppgavene til de ulike kommunale kreftkoordinatorer varierer. Koordinatoren skal ha oversikt over relevante tilbud og tjenester som kan være aktuelle for personer som er rammet av en kreftsykdom og deres pårørende, samt gi informasjon, råd og veiledning knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, lindring og omsorg ved livets slutt. Når pasient og pårørende har behov for flere tilbud og tjenester fra kommunen, kan koordinatoren bidra til et helhetlig og samordnet helsetilbud. Dette betyr at kreftkoordinatoren må jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt og gi råd og veiledning til relevante instanser og samarbeidspartnere i og utenfor kommunen. Et godt samarbeid med kommunenes fastleger, hjemmesykepleien, sykehjem, frivillige, pasientforeningene, likemenn og sykehus er veldig viktig for at de som er rammet av kreft skal oppleve et godt helhetlig tilbud der de bor.

Kreftkoordinatoren i Halden og Aremark kommuner har valgt å være en fagperson som jobber praksisnært i møte med de involverte. Nærheten er en suksessfaktor som ikke bare er positivt for de som er rammet, men også for helsetjenesten for øvrig. Dette har gitt positive ringvirkninger for alle parter, også for helsepersonell både i kommunen og på sykehus. Vedkommende ivaretar funksjoner som ellers hadde vært fastlegens eller hjemmesykepleiens ansvar, og kvalitetssikrer at den enkelte har det så godt som overhodet mulig i den alvorlige situasjonen de befinner seg i. I denne perioden har flere pasienter hatt mulighet for å være hjemme så lenge som mulig, og flere har fått mulighet til å dø hjemme i kjente omgivelser.

Kreftkoordinatoren er en pådriver for kompetansehevede tiltak gjennom kursvirksomhet, opplæring av ansatte på deres arbeidsplass, og organiserer både kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av kreftomsorgen i Halden kommune. Et tiltak som ønskes iverksatt, er å utarbeide en metodebok/prosedyrer som sikrer behandling av god kvalitet.

Kreftkoordinatoren har et overordnet ansvar for ressursykepleiere i Halden og Aremark Kommuner, ved å være deres veileder og støttespiller, samt å utvikle nettverket og organisere møteplasser.

Kreftkoordinator kvalifikasjoner bør være offentlig godkjent sykepleier med lang erfaring og videreutdanning innen kreft/palliasjon.

Tiltak:

- Kommunen etablerer og opprettholder en kommunal kreftkoordinatorstilling i 100 % på fast basis
- Opprettholde og videreføre det arbeidet som kreftkoordinator allerede har iverksatt
- Kreftkoordinator sørger for å utarbeide en metodebok for kreftomsorgen i kommunen

- Kreftkoordinator sørger for å utvikle og videreføre arbeidet rundt ressurspsykepleiere

Kompetansenettverk av ressurspsykepleiere:

Kompetansenettverk av ressurspsykepleier er et nettverk av sykepleiere med et definert ansvarsområde og funksjon innenfor palliasjon og kreftpsykepleie. Nettverket er sentralt for å ivareta kontinuiteten i pleie- og omsorgstilbudet til kreftpasientene og for å spre kompetanse om palliasjon i hele tjenesteområdet. Kreftkoordinatoren har et overordnet ansvar for kompetansenettverket.

Ressurspsykepleiere har et spesielt ansvar for å følge opp palliative pasienter i sine soner/avdelinger. De vil også kunne være ressurspersoner for å veilede og gi råd til sine kollegaer, men trenger ikke selv å være pasientansvarlig sykepleier (PAS) for disse pasientene. Sykepleierne vil være en viktig ressurs for å kvalitetssikre og utvikle tjenesten, i samarbeid med sin leder. Ved at de har oversikt over aktuelle pasienter som er rammet av kreft i sin avdeling/soner, vil de lettere kunne følge opp både de som er rammet av sykdom, pårørende og sine kollegaer. Når disse sykepleierne får rollen som ressurspsykepleiere innenfor palliasjon og kreftomsorg, vil de også få et overordnet ansvar for å følge opp individuelle planer og videreformidle kunnskap og kompetanse som de erverver seg ved å delta i nettverket. De aktuelle personene vil også utnevnes til å være kontaktperson for lindrende enhet på Helsehuset og SLB (senter for lindrende behandling).

Tiltak:

- Opprette en ressurspsykepleier i hver sone/avdeling,
- Arbeidsgiver tilrettelegger slik at ressurspsykepleieren gis nødvendig tid til å utøve sin funksjon og rolle.
- Arbeidsgiver legger til rette for at ressurspsykepleieren kan delta på nettverkssamlinger og andre aktuelle kurs/konferanser.
- Ressurspsykepleierne får mulighet til å hospitere på senter for lindrende enhet (SLB), kreftpoliklinikk eller kreftavdelingen.
- Ressurspsykepleierne får tilbud om faglig veiledning.
- Ressurspsykepleierne skal tilbys en kompetansepakke når de utnevnes til denne funksjonen, og systematisk videre kompetanseheving og oppfølging.

Målområde 3: Halden kommune legger til rette for kreftforebygging

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at ett av tre krefttilfeller kan forebygges. Det er derfor viktig å informere om faktorer som kan øke risikoen for kreft, slik at det motiverer folk til å endre livsstil. Samfunnet må også legge til rette for sunne valg.

I Halden kommune har man valgt å starte med barna, tidlig innsats er en av Halden kommunes strategier for å forebygge i stedet for å reparere. Eksempel på tiltak er to prosjekter. *Prosjekt friskliv 2-12* som rettet seg mot overvekt blant barn. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom helsestasjon og skole. Prosjektet ble avsluttet i 2014. Det andre prosjektet heter *18.000 timer* (henviser til den tiden et barn tilbringer på skolen), hvor undertittelen er helsefremmende skoler og barnehager. Prosjektet fokuserer på kosthold og fysisk aktivitet. (Mat i SFO og matpakka, alternativ gym, utetid og aktivitet i barnehagen, etc.) Dette prosjektet varer til 2016.

Kreftforebygging skal skje på en måte som motvirker sosial ulikhet i helse

Det er nyttig å vurdere sammenhenger mellom sosiale klasser og helse. Sosiale klasser måles ofte med utgangspunkt i forskjeller i inntekt, utdanning og arbeid. Det er mange årsaker til dette. Utjevning av sosiale ulikheter i helse er et stort satsingsområde i folkehelsemeldingen som kom i 2013. Dette vil også være tema i Halden kommuneplans samfunnsdel.

Hvordan skal kommunen greie å utjevne sosiale ulikheter? Det kommer mange forslag til folkehelseiltak fra staten, men få konkrete målrettede politiske strategier for å utjevne ulikhetene. Vi finner få vurderinger av hvordan folkehelse henger sammen med politiske valg og samfunnsmessige forhold på nasjonalt nivå. Kommunen må derfor ta i bruk de virkemidlene den har til rådighet og planlegge hvordan man skal tilrettelegge for at befolkningen skal kunne velge gode helsemessige løsninger. Vi vet at flere kreftformer kan forebygges ved en sunn livsstil.

Tiltak:

- Fastlegene skal identifisere risikopersoner og henvise disse videre ved behov.
- Sørge for individrettet veiledning og oppfølging.
- Kommunen skal etablere frisklivssentral hvor røykeslutt, fysisk aktivitet og kosthold er innsatsområdene.
- Videreføre arbeidet for økt fysisk aktivitet i befolkningen generelt og blant barn og unge spesielt, herunder gjennomføring av fysisk aktivitetskampanjer som gå/sykle til skolen, aktivitetsledere i friminuttene, og delta i prosjekter med formål om økt fysisk aktivitet.
- Helsesøstertjenesten skal oppfordre til deltagelse i HPV-vaksineprogrammet for jenter
- Målrettet informasjon om soling og kreftrisiko på legekantor/skoler og helsestasjoner

Målområde 4: Flere overlever og lever lenger med kreft

Kreftsykdommer behandles med kirurgi, strålebehandling og legemidler. Ofte vil man bruke en kombinasjon av disse. Psykososial oppfølging er en sentral del av det totale tilbudet til pasientene og deres pårørende. Bruken av legemidler i kreftbehandlingen har økt betydelig de siste ti-femten årene. Det skyldes at flere nye effektive behandlingsregimer er blitt tilgjengelige. Dette har ført til at flere overlever kreft og lever lengre, færre får tilbakefall og flere får bedre livskvalitet. Denne utviklingen kommer til å fortsette. En kommunal utfordring er at flere er i behov av omfattende helse – og omsorgstjenester over forholdsvis lang tid. Mange av de nye medikamentene er kostbare, og dette utfordrer helsetjenesten i stor grad. Ulike finansieringsløsninger kan påvirke målet om riktig medisinsk og økonomisk bruk av legemidler.

Ved innføring av ny teknologi i kommunen påvirkes og utfordres kommunens økonomi, organisering og kompetanse. Bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene åpner mange muligheter. Blant annet bidrar det til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne og alvorlig sykdom. Det er en ønsket utvikling både nasjonalt og lokalt.

Antall eldre som får kreft er økende, fra om lag 6600 personer per år til om lag 13000 personer per år rundt 2050. Å kunne tilby den eldre pasientgruppen god kreftbehandling, pleie og omsorg er en faglig og kapasitetsmessige utfordring. Eldre pasienter vil ofte ha flere sykdommer enn kreft, noe som kan være en utfordring i utredningen og behandlingen. Mange eldre pasienter vil ha behov for mye hjelp og tett oppfølging i hverdagen, og dette vil innebære en særlig utfordring for den kommunale helse – og omsorgstjenesten.

Personell og kompetanse

Tilstrekkelig personell med faglig kompetanse er den viktigste forutsetningen for god kvalitet og likeverdige tilbud i kreftomsorgen. Med faglig kompetanse menes både kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Framskrivninger gjort av Statistisk Sentralbyrå (SSB) i 2012 viser en økende mangel på helsepersonell fram mot 2035. Det vil bli behov for å øke tilgangen på sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie og palliasjon og leger med spesialutdannelse. Det er viktig med tanke på å rekruttere, beholde og videreutvikle det personellet vi har.

Tiltak:

- Kommunen må sørge for tilstrekkelig kompetanse innenfor kreftbehandling og økonomisk støtte skal årlig gis til sykepleier til videreutdanning i onkologi.
- Det skal være en fast kommunal stilling som kreftkoordinator med videreutdanning innen kreft/palliasjon
- Det skal være minimum en kreftsykepleier i kommunen og minst en med videreutdanning innenfor kreftbehandling eller palliasjon på Lindrende enhet
- Sykehjemslegen skal ha nødvendig kompetanse i palliasjon, tilsvarende nivå B
- Det skal etableres læringsnettverk for helsepersonell (sykehjemsleger/fastleger og for sykepleiere/ressurssykepleiere)

- Systematisk internopplæringstilbud for kommunens ansatte, hvor minst grunnkurs i lindrende behandling gjennomføres årlig. Øremerke kr 100 000 til kompetanseoppbygging årlig.
- Videreføre hospiteringsmuligheter for helsepersonell (innad i egen kommune og med spesialisthelsetjenesten).
- Økt fokus på tverrfaglige samarbeidsmøter, inkludere sosionom fra NAV ved behov
- Sette av egne ressurser for fysio og ergo – tjenesten inn i kreftomsorgen, tilsvarende 20 % stilling for hver faggruppe.
- Fysioterapeut bør ha Norsk Fysioterapeutsforbunds kursrekke i onkologisk fysioterapi og lymfeødembehandling.
- Etablere samarbeid med Høgskolen i Østfold om nødvendig kompetanseoppbygging, og fagutvikling/forskningsprosjekt.
- Kommunen må bestrebe og tilrettelegge for IKT løsninger som gir samhandlingsmuligheter via Helsenet

Det skal utvikles gode indikatorer for å måle kvaliteten i kreftomsorgen

Kunnskap om kvalitet i tjenesten er en nødvendig forutsetning for all kvalitetsforbedring. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Pasienterfaringsundersøkelser gir viktig informasjon om kvaliteten av tjenesten, og må være en del av et helhetlig sett av kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for utvikling, formidling og drift av nasjonale kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten. Halden kommune ønsker å ta i bruk noen kvalitetsindikatorer for å kvalitetssikre tjenesten, og se nærmere på hva som fungerer godt og hvor vi har et forbedringspotensiale. Bearbeiding av evalueringsundersøkelsene blir et viktig innsatsområde for fagutvikling og kvalitetsarbeid. Hvem som skal inneha denne funksjonen, må utredes.

Tiltak:

- Utarbeide og gjennomføre pasientevalueringer og tilfredshetsundersøkelse
- Utarbeide og gjennomføre systematiske etterlatte samtaler
- Utarbeide og gjennomføre pårørendeundersøkelser

Målområde 5: Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Kreftpasienter har ofte langvarig kontakt med helsetjenesten. Det er nødvendig å etablere behandlings-, rehabiliterings- og oppfølgingsløp som er tilpasset den stadig voksende gruppen av kreftpasienter. Fastlegen kjenner pasienten best, og vil inneha en viktig rolle som koordinator for den medisinske behandlingen. Dette er en nøkkelposisjon for å kunne bidra/hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom, og mange kreftpasienter vil i tillegg ha behov for psykososial støtte. Videre vil bistand fra sosionomtjenesten være viktig for denne pasientgruppen, og inngå i samarbeidet med NAV, hvor de har den nødvendige kompetansen. Kommunal kreftomsorg inneholder mange viktige deler, som sammen kan bidra til et helhetlig helse- og omsorgstilbud som vil fremme opplevelsen av livskvalitet og mestring av egen situasjon.

Kreftpasienter skal få et styrket tilbud om rehabilitering

Definisjon:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (§ 2 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001.)

Rehabilitering og opptrening har som mål å gi pasienten muligheten til å komme tilbake til hverdagen så raskt som mulig og mestre livet med eller etter en kreftsykdom med god livskvalitet. Det er en del av et helhetlig tilbud for kreftpasienter, der både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner ivaretas. Tanken er at rehabilitering skal starte fra sykdoms- og behandlingsstart. Noen ganger vil det være behov for et rehabiliteringstilbud i forkant av behandlingen for å styrke den fysiske tilstanden, slik at pasienten vil tåle den medisinske behandlingen bedre. Andre ganger i etterkant. Rehabilitering gir den enkelte en mulighet til å håndtere endringer som følge av sykdom og behandling, men det dreier seg ikke om en enkelt tjeneste eller ett tiltak. Det handler om flere tjenester og tiltak satt i system, og om samarbeidet mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål.

Det er viktig at man skiller mellom opptrening og rehabilitering og medisinsk behandling. Dette er grundig drøftet i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011).

Rehabilitering handler både om å bedre personens funksjonsevne fysisk og psykisk, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltagelse i omgivelsene, bla a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak, og om praktisk/økonomisk hjelp.

”Rehabilitering av kreftpasienter dreier seg ofte om medisinske tiltak som har som siktemål å redusere funksjonstap. Eksempler er kirurgi mot stråleskadde organer, fysioterapi mot lymfeødem eller lokaliserte muskelskader etter strålebehandling. Slike begrensede tiltak tilfredsstiller ikke kravene til rehabilitering som definert over, og definisjonen tar ikke hensyn til at behovet for rehabilitering ved kreft er svært varierende siden kreftsykdommer er ulike med henblikk på prognose, behandling,

forløp og sen effekter. Grenseflaten mellom rehabilitering og medisinsk behandling er ofte uklart ved kreft.” (Fosså, Dahl, Loge, Onknytt 2010)

En viktig utfordring ved rehabilitering av kreftpasienter er at sykdommen kan være livstruende og derfor medføre store utfordringer knyttet til håp, usikkerhet, eksistensielle tanker om mening med liv og død. Slike tanker kan utfordre pasient og fagpersoner til å finne fram til realistiske mål for rehabiliteringsprosessen, og langtidsfølger av behandlingen kan medføre nye utfordringer som påvirker igangsatt rehabiliteringsforløp. Viktige mål for rehabiliteringsprosesser for personer som har eller har hatt kreft, er å forbedre livskvaliteten med maksimal mestring og minimal avhengighet, uavhengig av forventet levetid. For flere vil mål om utdanning og/eller yrkesaktivitet være aktuelt.

Behov for rehabilitering på alle nivåer, er økende da stadig flere overlever kreft eller lever lenger med sykdommen. Pasientene trenger hjelp til å komme tilbake til livene sine. Stadig flere blir friske, men mange får bivirkninger eller senskader av behandlingen. Det er ikke uvanlig å leve med angst for tilbakefall, psykisk utmatting og depresjon eller fysiske plager. Det kan være vanskelig å komme tilbake til et familieliv og arbeidsliv etter langvarig sykdom. Hvordan man kan lære å leve med frykt for tilbakefall i tillegg til at kroppens fysiske tilstand kan være sterkt redusert blir en utfordring mange kan streve med. Fokus på rehabilitering vil være viktig i hele sykdomsforløpet, uavhengig om man bor i eget hjem eller er på institusjon.

Tiltak:

- Tilby et systematisk tverrfaglig tilbud med veiledning fra ergoterapeut, fysioterapeut, lege, sykepleier, kreftkoordinator og sosionom. Fokus hos hele behandlingsteamet er å kartlegge, forebygge og behandle tap av fysisk funksjon. Det er viktig å kartlegge årsakene til redusert funksjon.
- Tilby individuell støttesamtale med helsepersonell
- Tilbud om rehabiliteringsopphold ved behov
- Tilbud om hverdagsrehabilitering i eget hjem
- Individuelt tilrettelagt treningsprogram og oppfølging av fysioterapeut basert på funksjonsvurdering, lymfødembehandling for de som trenger det
- Treningsgrupper i sal, ute eller i behandlingsseng.
- Individuell trening i trimrom(tredemølle, styrkeapparater, ergometersykkel m.v.)
- Autogen/progressiv avspenning, individuelt eller i gruppe.
- Rehabilitering med arbeid som mål bl.a. i samarbeid med NAV og arbeidsgiver
- Kommunale tiltak som praktisk bistand, støttekontakt, trening/behandling for pasienter med kognitive utfall
- Tilbud om deltakelse på kreftkafé

Lindrende behandling

Organiseringen og oppbyggingen av tjenestene innenfor lindrende behandling og omsorg har i Norge i hovedsak fulgt modellen slik den er beskrevet i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Målet er at det palliative tilbudet skal være integrert i

spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; - et godt tjenestetilbud nært der de bor.

Definisjon av palliasjon:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.

Alle alvorlig syke og døende har rett til å motta grunnleggende palliasjon og bli møtt med respekt, trygghet, omsorg og behandling (Verdens Helseorganisasjon, WHO 2002).

Lindrende enhet i Halden

Lindrende enhet i Halden er lokalisert i 4. etasje ved Halden Helsehus. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2015), definerer lindrende enhet som: «Enhet innad i en sykehjemsavdeling, som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personal for å kunne gi mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling».

Kortere liggetid og stadig mer poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten gjør at de kommunale helse- og omsorgstjenestene tar hånd om flere og sykere pasienter som har en kreftdiagnose enn tidligere. En større del av omsorgen i livets siste fase vil foregå i pasientens hjem eller i institusjon. Mange kreftpasienter trenger tidlig lindrende behandling for håndtering av bivirkninger og komplikasjoner, og for å unngå overbehandling. Det er forskning som tyder på at tidlig lindrende intervensjon både bedrer livskvaliteten og gir lengre levetid (Nasjonal kreftstrategi, Sammen mot kreft, 2013 - 2017).

Ved lindrende enhet i Halden Kommune er målgruppen pasienter med alvorlig sykdom, kort forventet levetid og som har et behov for lindrende tjenester utover det hjemmetjenesten eller en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby. Avdelingen tilbyr enerom med eget bad, TV, kjøleskap, eget samtalerom og pårønderom med mulighet for overnatting.

Lindrende enhet består av seks rom/plasser for justering av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon, planlegging av videre oppfølging og pleie- og omsorg inntil døden. Vi ser at behovet for slike plasser er økende og anbefaler å øke kapasiteten med to senger – til åtte plasser, øremerket til lindrende behandling. En av disse bør være akutt plass/beredskapsseng, dersom for eksempel uforutsette hendelser skjer i hjemmet.

Enheten har kvalifisert helsepersonell som leger, sykepleiere og hjelpepleiere, og økt bemanning i forhold til vanlige sykehjemsavdelinger. Det bør tilstrebes pleiefaktor 1:2 på dagtid. Det er hensiktsmessig å ha felles bemanning med resten av 4. avdeling kveld, natt og helg, men det må være minst én sykepleier til stede på alle vakter. Egen sykehjemslege skal være tilknyttet enheten, fortrinnsvis en spesialist i allmenntilleggsmedisin eller annen relevant klinisk spesialitet som indremedisin, anesthesiologi eller onkologi, og vedkommende skal ha kompetanse i palliasjon tilsvarende nivå B. Bakvaktordningen for leger tilknyttet intermediæravdelingen, bør innlemmes for pasienter innlagt på lindrende enhet, dvs. tilbud om oppfølging og konsultasjon på kvelder og helg dersom situasjonen endrer seg. Gjennom

god planlegging kan bruk av legevaktslege begrenses til et minimum, og kontinuitet og medisinsk oppfølging kan ivaretas på en bedre måte.

Lindrende enhet ønsker et strukturert samarbeid med fastleger og hjemmetjenesten, og i tilfeller hvor det er behov for innleggelse, skal situasjonen vurderes av kommunens plasskoordinator i samarbeid med lindrende enhet. I noen tilfeller er det også viktig at kreftkoordinatoren deltar i vurderingen.

Enheden skal være et kommunalt kompetansesenter for lindrende behandling, og den skal ha et strukturert samarbeid med Senter for lindrende behandling, (SLB) Sykehuset Østfold. Samarbeidet bør være formalisert gjennom en forpliktende avtale på et overordnet nivå. Samarbeidet bør omfatte inntak av pasienter, felles visittgang for legene, felles faglig oppdatering, hospitering og felles møtesteder. Felles hospiteringsordning bør tilstrebes.

Det vil også være av betydning for de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen at det opprettes et tilbud om telefonisk kontakt med vakthavende sykepleier på avdelingen slik at man kan søke råd og veiledning i utfordrende situasjoner. Dette kan også være med på å bidra til at færre pasienter trenger innleggelse i institusjon.

Lindrende enhet har i dag ansvaret for å gjennomføre tverrfaglige møter hver 14. dag. I møtet inngår lege, kreftsykepleier/sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, diakon/prest, kreftkoordinator og lege fra Senter for lindrende behandling sykehuset Østfold(SLB).

Tiltak:

- Enheden skal ha økt legedekning sammenlignet med vanlige sykehjemsavdelinger, minimum to-tre timer tjeneste per pasient per uke, i tillegg til tilgjengelighet på telefon utover dette. Ved planlagt fravær skal det være vikar. Vikaren skal være informert om pasientene og aktuelle problemstillinger.
- Bakvaktordningen for legetjenesten videreutvikles, og skal innlemme pasienter som er innlagt på lindrende enhet i den allerede etablerte ordningen
- Enheden skal fortrinnsvis ha helsepersonell med relevant videreutdanning.
- Etablere en veiledning/rådgivningstelefon på lindrende enhet, for helsepersonell i Halden kommune som står i faglige og etiske utfordrende problemstillinger
- Utrede muligheten for avlastningstilbud på lindrende enhet
- Øke antall senger med to på lindrende enhet, hvorav én vil være øremerket for akuttinnleggelse
- Samarbeidet med det regionale palliative senteret; Ullevål, OUS, bør opprettholdes.
- SLB i samarbeid med Ullevål kan bidra til kompetansebygging og enhetens undervisningsprogram, og medvirke til at enheten deltar i forskningsprosjekter.
- Enheden skal legge til rette for etter- og videreutdanning for personalet og ha en plan for undervisning.
- De ansatte bør ha tilbud om veiledning.
- Andre faggrupper: Fysioterapeut, ergoterapeut, prest og sosionom skal alltid være tilknyttet, i deltidsstilling eller på konsulentbasis.

Styrking av arbeidet med lindrende behandling og omsorg ved livets slutt gjennom kompetansehevede tiltak.

Lindrende enhet er en spesialavdeling og et kommunalt kompetansesenter for lindrende behandling og omsorg. Avdelingen har de siste årene gjennomført grunnkurs i lindrende behandling for ansatte i helse- og omsorgstjenesten i Halden og Aremark kommuner. Over 200 ansatte har gjennomført én eller flere dager av kurset, et rullerende tilbud som skal gjennomføres årlig.

Helsedirektoratet har støttet lindrende enhet med økonomiske midler til å gjennomføre et fagutviklingsprosjekt; - «De 6 S:n», med oppstart høsten 2014. Dette omhandler utprøving av en metode for å tilrettelegge for mer personsentrert omsorg ved livet slutt. Innføring av modellen «De 6 S:n», selvbilde, selvbestemmelse, sosiale relasjoner, symptomlindring, sammenheng og strategier, innebærer å kartlegge pasientens individuelle behov, og målet er å utarbeide en personsentrert behandlingsplan med fokus på brukerinvolvering. På sikt kan denne metoden videreføres til andre enheter i kommunen og ellers i Norge.

Enhet sykehjem, Halden, har innført Liverpool Care Pathway (LCP har fra 1.1.16 fått nytt navn til Livets siste dager). Denne tiltaksplanen er et redskap for å gi god omsorg til døende pasienter og deres pårørende. Dette bør også innføres i hjemmesykepleien. Dersom dette skal spres til å gjelde i private hjem, bør man også vurdere å utarbeide et medikamentskrin som hjemmesykepleien kan ta med seg hjem til pasientene. Dette arbeidet bør koordineres av lindrende enhet.

Halden og Aremark har etablert et kompetansenettverk med ressursykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling. Kompetansesentret for lindrende behandling Oslo Universitetssykehus, Ullevål og SLB (SØ), har en viktig koordinerende rolle for det kliniske tilbudet, innenfor undervisning, forskning og utvikling. Dette nettverket må opprettholdes og styrkes.

Tiltak:

- Videreutvikle den personsentrerte omsorgen ved lindrende enhet (De 6 S'ene)
- Gi ansatte tilbud om veiledning/etisk refleksjon
- Utarbeide håndbok i palliasjon ved sykehjemmene i kommunen
- Opprettholde og utvikle samarbeidet med Senter for lindrende behandling i Sykehuset Østfold.
- Utarbeide prosedyrer for medikamentskrin
- Etablere kontaktnett med ulike trossamfunn og fremmede kulturer.

Hjemmebasert omsorg

Forskning viser at et flertall av befolkningen ønsker å være mest mulig hjemme ved alvorlig sykdom, og mange ønsker også å dø hjemme. I Norge ønsker cirka 65 % å dø hjemme, mens bare cirka 15 % i realiteten gjør det. De fleste dør i institusjon, enten på sykehus eller sykehjem. Helsetjenesten bør ha som mål å legge til rette for at pasienten får mest mulig tid hjemme, og også mulighet for å dø i hjemmet, dersom det er aktuelt (rapport om tilbudet-å skape liv til dagene, 2015.s. 9).

Faktorer som skaper trygghet er god kommunikasjon og informasjon, tilgjengelighet til helsepersonell med god kompetanse, fastlege og mulighet for avlastning. Hjemmebasert omsorg må organiseres slik at pasienter og pårørende har tilgang til kvalifisert hjelp døgnet rundt.

Personer som bor i omsorgsboliger, serviceboliger, boliger med personalbase og lignende ordninger, er å regne som hjemmeboende, og skal få dekket sitt behov for lege- og pleietjenester gjennom sin fastlege og kommunens hjemmetjenester.

Det anbefales at hver sone viderefører ordningen med to oppnevnte kreftkontakter (ressurspsykepleiere) som har en rådgivende funksjon til denne pasientgruppen og samarbeider med avdelingsleder/enhetsleder om det tilbudet kreftpasienten kan få i hjemmet. Hver sone må legge til rette for undervisning og veiledning for det øvrige personellet. Undervisningen bør i stor grad være basert på internopplæring ved hjelp av det faglige nettverket som etableres på tvers av faggrupper og forvaltningsnivåer.

Kontakt med kreftkoordinator er også et viktig supplement i mange kreftpasienters liv, både i form av å være en samtalepartner/støttespiller for pasienten selv og/eller familien, og for bistand til mer praktiske gjøremål som medisinsk hjelp, koordinering av tjenester mellom ulike nivåer i helsetjenesten, og å være pasientens forlengede arm i helsetjenesten. Formaliserte avtaler mellom hjemmesykepleien, fastlegen og lindrende enhet, vil øke tryggheten for pasient/pårørende og hjemmesykepleien.

Lindrende behandling av pasienter med uhelbredelig kreft bør så langt som mulig skje i og nær hjemmet. Et formalisert og godt samarbeid med Senter for lindrende behandling (SLB) i sykehuset Østfold gjør at pasienter som har behov for høyspesialisert symptomlindring får rask tilgang til heldøgntjeneste i hjemmesykepleien.

Hjemmebasert omsorg har ansvaret for å bistå pasienter og/eller pårørende til å anskaffe hjelpemidler som trengs i hjemmet for å yte faglige forsvarlige tjenester.

Tiltak:

- Bistå pasienter og/eller pårørende til å anskaffe nødvendige hjelpemidler
- Kreftpasienter får opprettet en pasient ansvarlig sykepleier (PAS) som er ansvarlig for deres behandlingsplan og fungerer som deres koordinator ved for eksempel at det er faste avtaler i hjemmet etter pasientens behov
- Bidra i nødvendig oppfølging og evt. hjemmebesøk fra fastlegen
- Utarbeide en plan som sikrer medisinsk oppfølging utenom arbeidstid og ved ferieavvikling eller annet planlagt fravær for fastlegen. Da blir situasjonen så forutsigbar og trygg som mulig for de berørte. Fastlegen har det koordinerende ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten. I spesielle tilfeller kan SLB overta behandlingsansvaret
- Sikre vurdering og innsats fra andre faggrupper eller instanser i kommunen (prest, fysioterapeut, sosionom, kreftkoordinator, koordinerende enhet osv.) der det er aktuelt
- Henvisning til og samarbeid med sykehjem/lindrende enhet etter behov
- Sikre nødvendig samarbeid med spesialisthelsetjenesten, herunder Senter for lindrende behandling (SLB), SØ

Sikre pårørende god oppfølging og veiledning

Når en person får kreft, blir hele familien involvert og berørt. Når en kreftdiagnose er stilt, blir kravene til tilpasning usedvanlig store. Det er ofte de pårørende som ivaretar store deler av omsorgen for den syke, sammen med en rekke andre praktiske oppgaver. Pårørende sørger ofte for kontakten med helsevesenet og det offentlige hjelpeapparatet. De kan ha det direkte ansvaret for pasienten eller de har store støtte- og oppfølgingsfunksjoner. Dette medfører at de utsettes for praktiske, økonomiske og følelsesmessige belastninger. Flere alvorlig syke kreftpasienter ønsker å være hjemme så mye som mulig. Med godt samarbeid mellom pasient, pårørende, kommune- og spesialisthelsetjeneste er det mulig å få dette til. Pårørende som får god opplæring, støtte og oppfølging kan være nyttige medhjelpere og bidra til et godt pasientforløp. Pårørende kan selv ha behov for hjelp og støtte fra helsetjenesten, spesielt når barn er pårørende. Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer er utsatte og sårbare. Helsepersonell har plikt til å sørge for informasjon og nødvendig oppfølging av mindreårige barn, slik at både barn og foreldre klarer å mestre situasjonen. Helsedirektoratet utga i 2010 en veileder for helsepersonell som har plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Videre må familier få bistand til å håndtere praktiske, økonomiske og følelsesmessige belastninger. Det er kommunens ansvar å koordinere dette.

God lindrende behandling skal innebære et tilbud til pårørende i sorgfasene både før og etter pasientens død. Både den døende og de nære pårørende gjennomlever tapsprosesser som har store konsekvenser for den enkelte. Kreftkoordinatoren kan være en støttespiller for pasienter og pårørende. Sorg og omsorg i Halden, et samarbeid mellom kommunale instanser, frivillige organisasjoner og Frivilligsentralen, inviterer etterlatte til Fellesskapsmåltid to ganger i året. På samlingene fortelles det generelt om sorg, og de er en møteplass for å treffe andre i lignende situasjon. Er det mange som ønsker sorggrupper, dannes det nye etter behov. Barn som er pårørende må vies ekstra oppmerksomhet. Her er det viktig å vektlegge samhandling med pårørende, fastlege, hjemmesykepleie, kreftkoordinator, sykehjem, sykehus og skole/barnehage, lærer, helsesøster.

Tiltak:

- Utarbeide/gjennomføre tilbud om samlingssteder for pårørende
- Halden Helsehus i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere, utarbeider og tilbyr temakvelder for pårørende
- Samarbeid med opplæringssektoren i arbeid med barn/unge som pårørende
- Gir tilbud om samtale med prest/diakon ved behov
- Hjemmesykepleien/avdelingen tilbyr etterlatte samtaler, fire – seks uker etter dødsfall
- Sorg og Omsorg tilbyr sorggrupper/samlinger, fellesskapsmåltider en gang i halvåret for etterlatte

Legge til rette for at frivillige og likemenn kan delta i kreftomsorgen

I de fleste nyere offentlige utredninger og meldinger som berører helse- og omsorgsfeltet, er frivillighet nevnt; både som en viktig og til dels utilstrekkelig utnyttet ressurs, men også som viktig i forhold til folkehelse; som en faktor til å forebygge sykdom og opprettholde god helse. Framtidens utfordringer skaper et åpenbart behov for å bringe sammen grupper på tvers av organisatoriske skillelinjer og på tvers av skillet mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet. Samskaping blir en metode for å aktivere ressurser på tvers av samfunnet. Frivillig sektor skal supplere og ikke erstatte offentlige tjenester. Frivillige kan benyttes både i hjemmebasert omsorg, sykehjem og sykehus. Oppgaver de frivillige kan bidra med kan være; samtalepartner, trivselstiltak, tilrettelegging av miljøet, praktiske gjøremål i hjemmet, følge-/transporttjeneste, våketjeneste eller tilstedeværelse hos pasienter når pårørende må være borte fra hjemmet noen timer.

Erfaringer fra andre lindrende enheter tilsier at det å bygge opp et korps av frivillige i tilknytning til lindrende virksomhet, har positiv innvirkning på opplevelse av livskvaliteten til de syke. De frivillige inngår som et tilskudd til fagpersonellet, og skal ikke delta i medisinsk faglig behandling, stell og pleie.

Tiltak:

- Bygge opp et korps av frivillige i tilknytning til lindrende virksomhet. Det innebærer rekruttering, opplæring, veiledning, tett oppfølging og koordinering av tjenesten.
- Samarbeidet og erfaringer fra prosjektet "Felleskap gir styrke" videreføres.
- Rekruttere frivillige, opplæring, veiledning, tett oppfølging og koordinering.
- Samarbeide med frivillige om tilbudet om kreftkafe

Sammendrag av de viktigste målene i Kreftplan for Halden Kommune

En mer brukerorientert kreftomsorg

Et viktig mål i planen er å tilstrebe en god informasjonsflyt, både til den enkelte pasient og til borgerne i Halden Kommune. Fastlegens rolle er helt sentral, og er et viktig bindeledd for et sømløst tjenestetilbud og mellom de ulike aktørene i løpet av behandlingstiden.

Individuell oppfølging og samhandling mellom de involverte er sentrale nøkkelord og tiltakene skal være basert på pasientens ønsker og behov. Det skal legges til rette for at pasienter i større grad skal kunne delta aktivt i beslutninger om egen behandling.

Kreftpasientenes erfaringer må brukes aktivt for å forbedre kvaliteten av tjenestene, og brukerstemmen skal i større grad inkluderes i arbeidet med faglige retningslinjer, forskning og innovasjon.

Halden kommune tilrettelegger for gode pasientforløp

Pasientene skal oppleve gode pasientforløp mellom første – og andrelinjetjenesten uten unødige forsinkelser. Nødvendig informasjon skal være tilgjengelig for alle som har behov for det, noe som krever videreutvikling av IKT systemer i tråd med stortingsmeldingen *Én innbygger én journal*. Fastlegens sentrale rolle i oppfølging av pasientene skal videreutvikles, og sammen med kommunens kreftkoordinator sørge for å skape et mest mulig helhetlig tilbud, sammen med spesialisthelsetjenesten.

Halden kommune legger til rette for kreftforebygging

Videreføring av det forebyggende arbeidet mot tobakk og alkohol skal fortsette. Det samme gjelder gjennomføring av nasjonale kostråd og videreføring av arbeidet for økt fysisk aktivitet. Det er nødvendig med målrettet informasjon om soling og risiko, og å styrke arbeidet for økt oppslutning om HPV-vaksineprogrammet og nasjonale screeningprogrammer.

Flere overlever og lever lenger med kreft

Det er nødvendig å sikre at ansatte i Halden kommune har tilstrekkelig kompetanse for å kunne møte den store økningen i antall krefttilfelle i årene som kommer. Det må etableres flere kvalitetsindikatorer for denne pasientgruppen, særlig indikatorer som sier noe om resultat av behandling og konsekvenser for pasientenes funksjon og livskvalitet.

Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Det må legges til rette for at rehabilitering er en integrert del av forløpet for Kreftpasienter i Halden kommune, likeledes arbeidet med lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Pårørende skal sikres god oppfølging og veiledning, og det må legges vekt på oppfølgingstiltak og informasjon til barn og unge som er pårørende til kreftpasienter.

Det må også legges til rette for at likemenn og frivillige kan delta i kreftomsorgen.

Tiltak i Kreftplan 2015 - 2018

Halden kommune har flere komplekse og sammensatte utfordringer i arbeidet med kreftpasienter. I Kreftplan 2015 – 2018 har prosjektgruppen valgt å fokusere på noen overordnede tiltak basert på målsettingen i den Nasjonale kreftstrategien:

- Å sette pasienten i sentrum og endre forholdet mellom pasient og behandler slik at pasienter medvirker aktivt i beslutninger om egen behandling og omsorg: ” - *ingen beslutning om meg uten meg*”.
- Å bedre kvaliteten i behandlingen slik at tilbudet fremstår helhetlig og godt koordinert

Hovedtiltak:

Pasienten og deres pårørende:

- Tilrettelegge for at pasientene opplever en individuell oppfølging, og at de som har behov for det får tilbud om en individuell plan (IP) og tverrfaglige samarbeidsmøter
- Få tilstrekkelig informasjon om eget sykdomsforløp og tilbud som finnes
- Gjennomføre brukererfaringsundersøkelser innenfor kreftomsorgen i Halden kommune, og benytte resultatene til videre fagutvikling – og kvalitetsarbeid
- Involvere pasienter i beslutningsprosesser både i forhold til behandlingen og oppfølgingen av sykdomsforløpet, samt i beslutninger knyttet til hvor de ønsker å dø
- Tverrfaglig oppfølging og behandling
- Utarbeide og gjennomføre pasientevalueringer, pårørendeundersøkelser og systematiske etterlatte samtaler
- Tilby individuell rehabilitering, og hverdagsrehabilitering i eget hjem (evt. rehabiliteringsopphold v/behov)
- Tilbud om deltakelse på kreftkafé

Kompetanse:

- Tilby systematisk internopplæring.
- Kommunen skal øremerke midler til økonomisk støtte årlig til en sykepleier som tar videreutdanning i onkologi
- Det skal være en fast kommunal stilling som kreftkoordinator med videreutdanning innen kreft/palliasjon
- Det skal være minimum en kreftsykepleier i kommunen og minst en med videreutdanning innenfor kreftbehandling eller palliasjon på Lindrende enhet
- Sykehjemslegen skal ha nødvendig kompetanse i palliasjon, tilsvarende nivå B
- Det skal etableres læringsnettverk for helsepersonell (sykehjemsleger/fastleger og for sykepleiere/ressurssykepleiere)
- Sette av egne ressurser for fysio og ergo – tjenesten inn i kreftomsorgen, tilsvarende 20 % stilling for hver faggruppe.
- Etablere samarbeidsarenaer med Høgskolen i Østfold om nødvendig kompetanseoppbygging, og fagutvikling/forskningsprosjekt
- Videreutvikle prosjekt med personsentrert omsorg ved lindrende enhet (De 6 S'ene)
- Videreføre/tilby ansatte veiledning/etisk refleksjon

Organisering:

- Etablere samarbeidsarenaer og dialogmøter med fastlegene
- Utvikle effektive elektroniske integrerte løsninger
- Utvikle måleindikatorer for kvalitet i tjenestetilbudet
- Etablere muligheter for at personalet på lindrende enhet kan bistå øvrig helsepersonell ved telefonisk kontakt (rådgivende/veiledende telefon)
- Etablere en ordning med akuttberedskap for en seng på lindrende enhet hvis uforutsette hendelser oppstår i hjemmet
- Økt fokus på tverrfaglige samarbeidsmøter, inkludere sosionom fra NAV ved behov
- Økt legedekning på lindrende enhet, og bakvaktordningen for legetjenesten skal videreutvikles
- Utrede mulighet for avlastningstilbud på lindrende enhet
- Øke antall senger med to på lindrende enhet, hvorav én vil være øremerket for akuttinnleggelse
- Utvikle samarbeidet med det regionale palliative senteret Ullevål, og SLB
- Utarbeide håndbok i palliasjon
- Utarbeide prosedyrer for medikamentskrin
- Etablere kontaktnett med ulike trossamfunn og fremmede kulturer
- Utarbeide/gjennomføre tilbud om temakvelder/samlingssteder for pårørende
- Samarbeid med opplæringssektoren i arbeid med barn/unge som pårørende
- Sorg og Omsorg tilbyr sorggrupper/samlinger, fellesskapsmåltider en gang i halvåret for etterlatte
- Videreføre og utvikle samarbeidet med frivillige

Referanser:

1. Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen---mot-kreft/id728818/>
2. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-2101.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
3. Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2298
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/975/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20kreft%202015-2017.pdf>
4. Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft, Kartlegging og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1976
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/251/Rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft-kartlegging-og-anbefalinger-IS-1976.pdf>