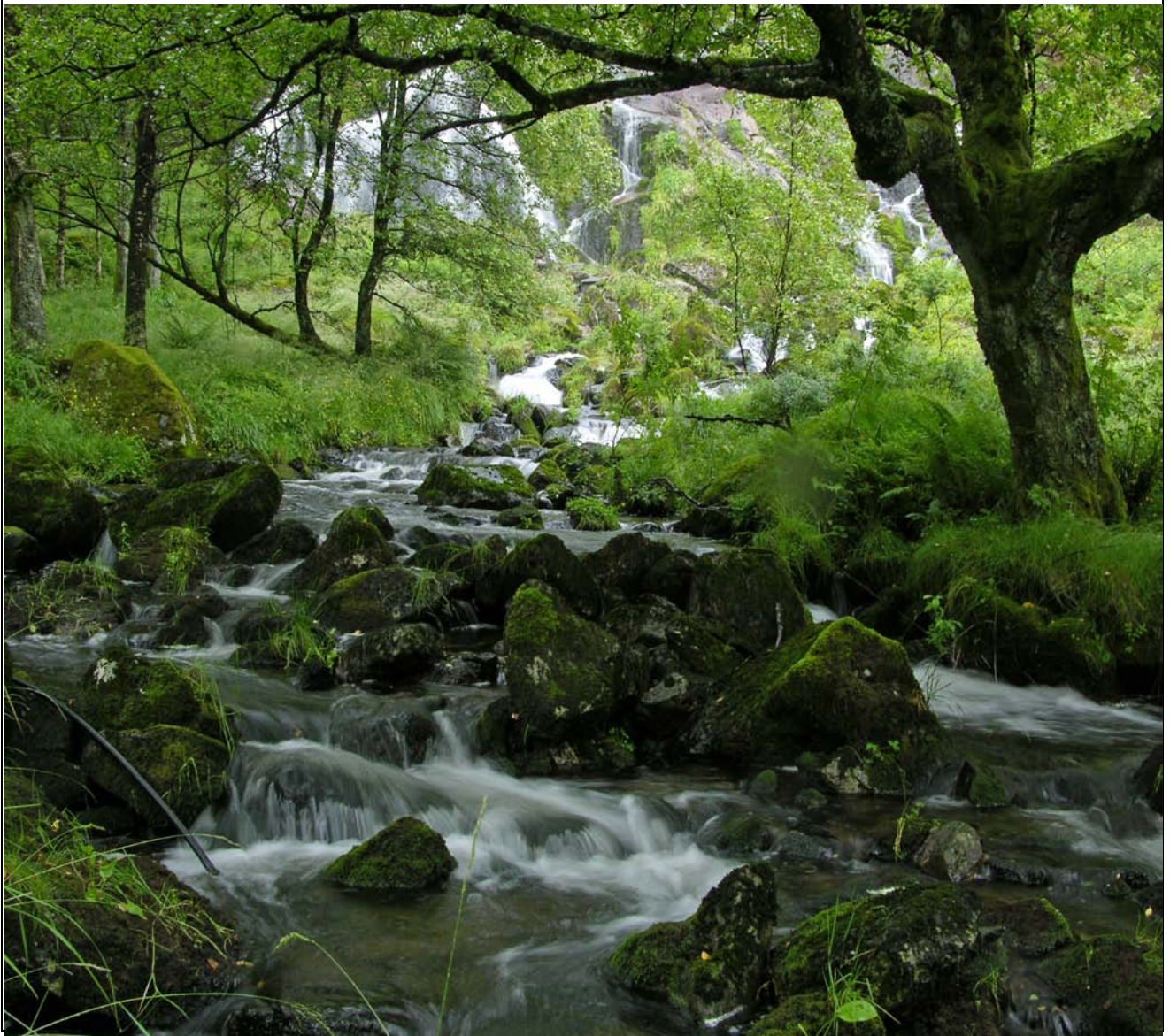




**Plan for Kreftomsorgen i
BJERKREIM KOMMUNE
2009-2013**



Sammendrag.....	3
1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Mål med planen	4
1.3 Sentrale føringer for kreftomsorgen	5
1.4 Kreftforekomst.....	6
2.0 Risikofaktorer og forebyggende arbeid	6
3.0 Kreftpasienten	7
4.0 Brukermedvirkning.....	8
5.0 De vanskelige avgjørelsene og den vanskelige samtalen (Ethiske perspektiver)	9
6.0 Organisering av pleie og omsorgstjenestene i Bjerkreim kommune.....	10
6.1 Bjerkreim Omsorgsenter	10
6.2 Kreftsyekepleier i Bjerkreim kommune	11
7.0 Samhandling og samarbeidspartnere	12
7.1 Helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede.....	12
7.2 Samarbeid med legekontor.....	12
7.3 Samarbeid med psykiatritjenesten	13
7.4 Tverretattlig samarbeid	13
7.5 Interkommunalt samarbeid.....	13
7.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	14
8.0 Ressurssyekepleienettverk for alvorlig syke og døende i Dalane.....	14
8.1 Hva omfatter nettverket.....	15
8.2 Hva avtalepartene forplikter seg til.....	15
8.3 Organisering	16
8.4 Nettverksgruppens funksjon og ansvar:	16
8.5 Oversikt over Nettverksgruppen i Dalane:.....	17
9.0 Interesseforeninger	18
9.1 Den norske Kreftforening.....	18
9.2 Kreftomsorg i Rogaland.....	18
10.0 Innsatsområder og tiltak.....	19
10.1 Fokus på forebyggende helsearbeid.....	19
11.0 Konkrete forslag til tiltak	22

Sammendrag

Etter anbefalinger fra nasjonale føringer, har Pleie og omsorgsavdelingen i Bjerkreim kommune utarbeidet en kreftplan. Planen er gjeldende fra perioden 2009-2013, og beskriver organiseringen av sykepleien til kreftpasienter i kommunen. Planen beskriver ulike utfordringer i kreftomsorgen, samt videre satsningsområder. Kreftsykepleier er ansvarlig for revidering av planen.

Kreftplanen definerer 5 hovedsatsningsområder innenfor kreftomsorgen:

- Palliativ seng på Bjerkreim Omsorgssenter
- Forebyggende helsearbeid i forhold til kreft
- Styrking av samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Kompetanseheving innenfor palliasjon
- Kvalitetssikring av sykepleie, og symptomlindring til terminale pasienter

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Bjerkreim kommune ønsker å arbeide aktivt for å møte utfordringene innenfor kreftomsorgen. Med bakgrunn i denne kreftplanen vil kommunen ha lagt en strategi for å bygge opp kvalitet, kompetanse og tilstrekkelig ressurser i forhold til denne aktuelle pasientgruppen.

I ”*Norsk Standard for Palliasjon*” presiseres det at døende pasienter bør få mulighet til å avslutte livet i nærmiljøet, alt etter pasientens ønsker og behov. Denne planen belyser de muligheter kreftpasienter i Bjerkreim kommune har, men påpeker også ulike problemstillinger og utfordringer kommunen står overfor i de kommende år.

1.2 Mål med planen

Målsettingen med kreftplanen i Bjerkreim kommune er at den skal:

- Gi informasjon om status og forventet utvikling av kreft i kommunen
- Være et hjelpemiddel for riktig prioritering i de kommende år
- Sette fokus på viktigheten av å forebygge kreft
- Spre informasjon til aktuelle aktører om tilbudet til kreftpasienter i Bjerkreim kommune
- Være et ledd i å kvalitetssikre pleie og behandling til kreftpasienter og deres pårørende
- Sette fokus på, samt stimulere til økt samarbeid både interkommunalt og regionalt

1.3 Sentrale føringer for kreftomsorgen

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

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

- NOU 1997: 20 *Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan*
- NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*
- *Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftområdet 2006-2009*. Helse og omsorgsdepartementet
- Stortingsmelding nr.25 (2005-2006) ”*Mestring, mulighet og mening. Framtidens utfordringer*”.
- *Standard for palliasjon*. (2004) Utgitt av Den Norske Lægeforening
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*
- Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for en sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken
- *Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999*. Statens helsetilsyn.

1.4 Kreftforekomst

Alle personer i Norge som får en kreftdiagnose registreres i Kreftregisteret. Statistikken fra 2006 viser at det er årlig over 24 488 nye krefttilfeller, og 12 903 av disse er menn, og 11 585 av disse er kvinner. Prostatakraft har i flere år ligget på topp i forhold til krefthyppighet hos menn. Hos kvinner er brystkreft den vanligste kreftdiagnosen. Så mange som 1 av 10 menn må regne med å få prostatakraft. Hver tolvte kvinne vil få brystkreft. Den generelle økningen i antall krefttilfeller skyldes både livsstil, befolkningsvekst og alderssammensetning. Faren for å utvikle kreft øker med alderen. Hele 4/5 av alle krefttilfeller i Norge blant kvinner og menn er over 55 år. I 2006 døde ca. 10 500 mennesker av kreft.

I Bjerkreim kommune er også forekomsten av krefttilfeller økende. I 1996 var det 67 personer i kommunen som fikk en kreftdiagnose. Ti år seinere hadde så mange som 93 fått diagnosen kreft (prevalens). Tallene gjelder begge kjønn og personer i alle aldre.

2.0 Risikofaktorer og forebyggende arbeid

Mange av kreftformene oppstår uten at en kjenner årsaken, men forskning viser at det finnes en sammenheng mellom livsstil og risikoen for å få kreft. Omtrent hvert tredje krefttilfelle skyldes levevaner (Boyle og Autier; 2003:1). Det er derfor viktig å drive forebyggende arbeid i forhold til kreft.

For begge kjønn samlet kan mellom 43 og 60 % av krefttilfellene i spiserøret, svelget og munnhulen tilskrives virkningen av tobakk (Boyle og Autier; 2003:1, norsk versjon). En stor andel krefttilfeller av urinblærekraft og kreft i bukspyttkjertelen har også sammenheng med tobakksrøyk.

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

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



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

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

3.0 Kreftpasienten

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

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

Sykdomsforløpet vil være helt avhengig av hvilken type kreft det dreier seg om, samt alder og allmentilstand. Det kan være store forskjeller på både sykdomsforløp og behandling hos to

pasienter med samme diagnose. En kreftpasient går ofte igjennom ulike faser i løpet av sykdomsperioden. Pasientene kan ha gode perioder hvor en føler seg tilnærmet frisk, mens en i andre perioder vil kunne være helt avhengig av hjelp fra helsepersonell.

3.1 Pårørende

En kreftdiagnose rammer ikke bare pasienten selv. Hele familien berøres i større eller mindre grad. Familiens utfordringer er ofte knyttet til indre forhold som bekymringer, endring av roller og behov for emosjonell støtte, men også ytre forhold berøres. Familier får ofte behov for praktisk hjelp og tilrettelegging, behov for informasjon, ansvarsavklaring og sosial støtte. Selv om hjelpeapparatet ofte vil fokusere på den syke, er det viktig å se hele familien. Barn har helt spesielle behov, men også ektefelle, pasientens foreldre og voksne barn bør inkluderes i omsorgen.

Fagpersonell som har kontakt med familien, bør ha kunnskaper om kriser og mestring av kriser. Samtaler og samhandling kan være en god hjelp i seg selv. Arbeid med familier er gjerne basert på å hjelpe dem til å finne fram til egne løsninger framfor å overbringe løsninger. Det er i denne sammenheng viktig å gi familiene tilbud om pratisk hjelp. Samordning av tjenester, tilbud om hjelpemidler, hjelp i hjemmet, økonomisk støtte og avlastning kan bidra til økt livskvalitet og forebygge senere vansker.

4.0 Brukermedvirkning

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

For en del av kreftpasientene i kommunen, vil det være aktuelt å bruke individuelle planer på grunn av mange og sammensatte behov. Hensikten med planen er at pasienten selv skal delta

aktivt i opplegget rundt ham. Det er pasienten selv som utnevner en koordinator for den individuelle planen.

5.0 De vanskelige avgjørelsene og den vanskelige samtalen (Etske perspektiver)

Ansatte ved Bjerkreim omsorgsenter ønsker å ha en holdning til pasientene som er preget av åpenhet, ærlighet og oppriktighet. I tillegg ønsker vi å være faglig oppdatert, slik at pasienten kan få svar på spørsmål knyttet til sykdom og behandling. I møte med kreftpasienten må det derfor settes av tid hos pasienten. Tid til å lytte, og tid til å gi informasjon og veiledning er viktig hos disse pasientene.

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

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

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

Vårt mål er at pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid skal prioriteres høyt. Pasienter i livets slutfase må gis muligheter til å leve best mulig, ved at de tilbys optimal symptomkontroll. Det blir viktig å legge til rette praktiske forhold, slik at pasienter som ønsker å tilbringe den siste tiden hjemme får mulighet til det. Pasienter som ikke ønsker eller har mulighet til å være hjemme, bør få tilbud om institusjonsplass i kommunen hvor pårørende kan tilbringe tid sammen med pasienten så lenge som ønskelig.

6.0 Organisering av pleie og omsorgstjenestene i Bjerkreim kommune

6.1 Bjerkreim Omsorgsenter

Bjerkreim omsorgsenter er en enhet under levekårsavdelingen i Bjerkreim, og er en samordnet tjeneste for brukere med ca. 44 årsverk. I denne samordnede tjenesten gis det tilbud om helsehjelp i hjemmet, samt tilbud om langtids og korttids plass i institusjon. I tillegg er psykiatritjeneste, avdeling for funksjonshemmede, og kreftsykepleier knyttet til omsorgssenteret. Omsorgsenteret har eget kjøkken, og har tilbud om matombringning rundt i kommunen.

Tildeling av tjenester fra Bjerkreim omsorgsenter blir vurdert ut fra behov. Brukerne av systemet skal til enhver tid være i fokus, og vi ønsker å utføre vårt arbeid ut fra følgende brukermål:

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

Alle ansatte ved Bjerkreim omsorgsenter skal derfor arbeide ut fra følgende verdier:

- T** Tillit
- O** Omsorg
- L** Lojalitet
- K** Kreativitet
- A** Ansvar

6.2 Kreftsykepleier i Bjerkreim kommune

Kreftsykepleiers ansvarsområde i kommunen vil være:

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

7.0 Samhandling og samarbeidspartnere

7.1 Helhetlig og sammenhengende behandlingsskjede

I 2005 kom NOU 2005:3, "Fra stykkevis til helt". Hovedfokuset i Wisløffutvalget var å belyse samhandlingen i pasientforløpet, finne suksesskriterier for god samhandling, og forslag til tiltak for å bedre samhandlingen. På bakgrunn av dette har det i de senere år innført nytt regelverk som skal understøtte godt samarbeid, kommunikasjon og kontinuitet i møtet mellom den enkelte pasient og helse- og omsorgstjenestene.

7.2 Samarbeid med legekontor

Nasjonal Helseplan (2007-2010), peker blant annet på at fastlegens rolle i arbeidet med alvorlig syke og døende må styrkes. I tillegg blir det pekt på at det faglige nivået på sykehjem må høynes.

Legekantoret er i dag en viktig samarbeidspartner i arbeidet rundt kreftpasienten. Et nært samarbeid med pasientens fastlege gjennom hele sykdomsforløpet er en forutsetning for en helhetlig pleie og behandling av pasienten.

Bjerkreim Legekantoret har ansatt to leger i 100 % stilling, samt en turnuslege i 100 % stilling. Turnuslege har tjenestetid i et halvt på legekantoret. I tillegg arbeider en sykepleier i 90 % stilling, en i 40 % og helsesekretær i 60 % stilling.

Legekantoret prioriterer pasienter med alvorlige diagnoser slik at disse får legetilsyn så snart som mulig. Både lege og (annet helsepersonell) foretar hjemmebesøk i de tilfeller der dette er påkrevd.

7.3 Samarbeid med psykiatritjenesten

Psykisk helsetjeneste i Bjerkreim kommune har et lavterskeltilbud til pasienter med behov for hjelp i forhold til psykososiale og mentale problemstillinger. Det legges opp til et tett samarbeid med psykiatritjenesten for kreftpasienter som ønsker denne tjenesten. Psykisk helsetjeneste i Bjerkreim har ansatt to sykepleiere i full stilling, og en psykiatrisk hjelpepleier i 50 % stilling. Det kreves ingen henvisning for å ta kontakt med psykiatritjenesten.

7.4 Tverretattlig samarbeid

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

7.5 Interkommunalt samarbeid

Kreftsykepleier i Egersund og Bjerkreim har møte en gang per måned for felles veiledning og utveksling av erfaringer. I tillegg har en telefonkontakt ved behov. Disse møtene oppleves som positive og nødvendige for vekst og utvikling av faget ute i kommunene. Det arbeides i disse dager med å opprette en kreftpoliklinikk ved Dalane Distriktsmedisinske Senter. Det har kommet signaler på at kreftsykepleier både i Egersund og Bjerkreim vil få en rolle her. Hva dette i praksis vil innebære, er foreløpig ukjent.

7.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

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

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

Mobilt Palliativt team (MPT), er en svært viktig ressurs for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. MPT er et ambulant team, bestående av anestesilege, kreftpsykeleiere, og palliasjonpsykeleier. Teamet reiser på hjemmebesøk hos pasienter ute i kommunene, eller bistår med hjelp per telefon når situasjonen krever det. Pleie- og omsorgstjenesten i Bjerkreim har et tett samarbeid med MPT.

For å bedre kommunikasjonen mellom 1. og 2. linjetjenesten, arbeides det med å bedre rutinene for innleggelse og utskriving av pasienter både fra kommunen, og fra SUS.

8.0 Ressursspsykepleienettverk for alvorlig syke og døende i Dalane

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

Stavanger Universitetssykehus (SUS) har utarbeidet retningslinjer for kompetanseheving innenfor kreftomsorgen. Fylket er delt inn i ulike områder, hvor Bjerkreim kommune tilhører ressurspsykepleienettverket i Dalane. Bjerkreim kommune har i flere år deltatt aktivt i dette arbeidet. Denne avtalen innebærer at kreftpsykeleier i kommunen (og evt. ressurspsykeleier)

skal delta i faste møter/samlinger, og dermed få systematisk kompetanseheving som skal videreformidles i kommunen.

I samarbeidsavtalen påpekes betydningen av at kreftsykepleier får tilbud om hospitering på MPT(mobilt palliativt team), kreftavdelinger eller poliklinikker. Lindrende enheter vil også være aktuelle avdelinger for hospitering. For at disse hospiteringsordningene skal fungere, er det avgjørende at arbeidsplassen legger til rette for det i form av reisegodtgjørelse, avspasering, med mer.

I tillegg påpekes det i samarbeidsavtalen at kreftsykepleier i kommunen, bør ha tilbud om faglig veiledning.

8.1 Hva omfatter nettverket

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

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

De praktiske oppgavene til ressurssykepleierne er knyttet til

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

8.2 Hva avtalepartene forplikter seg til

Avtalens parter forplikter seg til å bidra til at målsettingen for nettverket realiseres.

Avtalepartene skal:

- Legge forholdene til rette for at ressurspsykepleier kan utøve sine funksjoner i det daglige arbeidet
- Legge forholdene til rette slik at ressurspsykepleier kan delta på nettverkssamlinger, andre kurs/konferanser og i hospiteringsprogrammer.
- Bidra med de økonomiske ressursene som dette krever.

Dersom en ressurspsykepleier slutter, har den enkelte avtalepart ansvar for ny oppnevning og melding til sekretariatet for nettverket.

8.3 Organisering

Nettverket i Rogaland organiseres gjennom 6 lokale nettverksgrupper. Disse rapporterer til en sentral driftsgruppe, som igjen forholder seg til overordnet samarbeidsutvalg.

Nettverksgruppene er sammensatt av oppnevnte ressurspersoner fra kommunene. Til sammen ti personer utgjør ressurspsykepleiergruppen i Dalane. Bjerkreim kommune har to representanter.

8.4 Nettverksgruppenes funksjon og ansvar:

- Nettverksgruppene skal bidra til at det forpliktende samarbeidet fungerer etter intensjonen
- Nettverksgruppene skal bidra til samhandling og faglig kvalitet i tilbudet til pasienter og pårørende
- Nettverksgruppene skal bidra med erfaringsutveksling, veiledning, faglig utvikling og kompetanseheving, innad i gruppen og på egen arbeidsplass
- Nettverksgruppene skal bidra til at det utarbeides og implementeres kliniske retningslinjer, prosedyrer og kvalitetssystemer innen fagområdet
- Nettverksgruppen forplikter seg til jevnlig lokale samlinger, minimum en gang pr år.
- Nettverket forplikter seg til å delta på fellessamlinger arrangeres av driftsgruppen minst 1 gang pr år

8.5 Oversikt over Nettverksgruppen i Dalane:

Arbeidssted	Navn	Tlf	Mail
Bjerkreim kommune			
Bjerkreim omsorgssenter	Øyvor Sønstabø	51459371/ 40001140	oyvor.sonstabo@bjerkreim.kommune.no
Bjerkreim omsorgssenter	Magnhild Gonzales	51459360	
Eigersund kommune			
Lagård bo-og serv.senter, avd.2 Vest	Vibeke Eik	51468851	Vib-12@online.no
Sone Rundevoll	Evy Ege	51495672/ 90878608	evy.ege@eigersund.kommune.no
Sone Eigerøy/Lagård	Astrid Børve Hovland	51463800	grindavodlen@hotmail.com
Sone sentrum - Hellvik	Aina Vinningland	51464215	aina.vinningland@eigersund.kommune.no
Levekårsavdelingen	Else Beth Bårdsen	51464280/ 47458335	else.beth.baardsen@eigersund.kommune.no
Sone Havsø/Helleland	Regin Salvesen	51463855	regi.salvesen@eigersund.kommune.no
Lund kommune			
Hjemmespl.	Hanne B. Eidsheim	51404803	habund@frisurf.no
Lund sjukeheim	Solveig Stene Løvbrekke	51404818 40411345	solveig@lund.kommune.no
Sokndal kommune			
Åpen omsorg/hjemmesykepleie	Wenche Ørslund	48881583/ 51470490	eak@sokndal.kommune.no
Solbø sjukeheim	Janne Ørslund	51470476	jannehiorth@hotmail.com

9.0 Interesseforeninger

9.1 Den norske Kreftforening



Kreftforeningen støtter kreftpasienter og deres pårørende. På seksjoner rundt i landet sykdom kan påvirke livssituasjonen til dem som rammes. Seksjonene har mange gratis tilbud til pasienter og pårørende.

Kreftforeningen har sju seksjoner som dekker alle fylker. Den enkelte seksjon har tilbud til pasienter, pårørende og fagpersoner. Dalane - kommunene sokner inn under seksjon Sør-Vest. (Vest-Agder, Aust-Agder, og Rogaland)

Mailadresse: <http://www.kreftforeningen.no/>

9.2 Kreftomsorg i Rogaland



KREFTOMSORG ROGALAND (KOR) ble stiftet som forening den 16/11/06. KOR er en forening med formål å handle til beste for kreftpasientene og pårørende. Et av hovedmålene er at alle har et omsorgs- og kompetansesenter å henvende seg til i Rogaland. KOR skal drive eget omsorgs- og kompetansesenter for kreftrammede og deres pårørende lokalt i Rogaland og på denne måten være en ressurs for disse.

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

KOR arbeider for å være en aktør innen det helsepolitiske arbeidet, for derved å arbeide for en kvalitativt og kvantitativ kreftomsorg og behandling lokalt i Rogaland. Foreningen kan

samarbeide med andre kreftfaglige organisasjoner, institusjoner og andre med samme formål, samt med sykehus i vår region.

KOR tilbyr blant annet:

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

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

Mailadresse: <http://www.kreftomsorgrogaland.no/index.cfm?id=133992>

10.0 Innsatsområder og tiltak

10.1 Fokus på forebyggende helsearbeid

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

10.2 Styrke samhandlingen med SUS

Et viktig bidrag i å styrke samhandlingen med SUS, er å delta på nettverksmøter. Et nettverksmøte, er et møte som ofte gjennomføres i forbindelse med at en pasient utskrives fra

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

10.3 Lindrende seng ved Bjerkreim omsorgsenter

I tråd med statlige føringer, sendes mange pasienter nå hjem fra sykehus langt tidligere enn for bare få år tilbake. Vi ser derfor nødvendigheten av at vi har en "beredskapsseng" på Omsorgssenteret. Denne sengen er tilgjengelig for pasienter med behov for avansert symptomlindring, eller som av ulike grunner ikke kan få tilstrekkelig hjelp i hjemmet. Det kan også være aktuelt å bruke sengen til andre "øyeblikkelig hjelp" pasienter som ikke er kandidater for innleggelse i sykehus. På bakgrunn av dette har vi utrustet et rom til dette formålet. Rommet fungerer til daglig som et "korttidsrom", hvor pasienter er inne på rullerende opphold. Inntaksteamet har dette med i vurderingen ved tildeling av opphold på dette rommet.

10.4 Bidra til kompetanseløft innenfor Kreftomsorgen

Det er en utfordring å være faglig oppdatert innenfor kreftomsorgen. Det foregår mye forskning innenfor området, og utviklingen går raskt. For å gi et faglig forsvarlig tilbud til kreftpasientene i kommunen, må vi som helsepersonell være faglig oppdatert til enhver tid. Dette gjelder særlig i forhold til symptomlindring. Lokalt på Omsorgsenteret er det derfor opprettet kompetansegrupper innenfor ulike fagområder. En av kompetansegruppene arbeider særlig med oppdatering og fagutvikling innenfor palliasjon. Medlemmene av gruppen

fungerer i hverdagen som ressurspersoner innenfor palliasjon (lindring/symptomlindring). Ressurspersonene har til daglig en rådgivende funksjon i forhold til andre kollegaer. I tillegg har kommunen representanter i nettverksgruppe Dalane. Kreftsykepleier og leder av palliasjonsgruppen deltar i dette interkommunale samarbeidet, hvor en vektlegger faglig vekst og utvikling (se pkt 7.2). Utover dette har kreftsykepleier jevnlig kontakt med kollegaer på SUS, både i direkte pasientarbeid, og i frivillig foreningsarbeid (Forum for Sykepleiere i Kreftomsorgen, Sør-Rogaland).

Det er ønskelig at det også legges til rette for kompetanseheving innenfor legetjenesten i kommunen. Konkret bør det prioriteres kompetanseheving innenfor palliasjon, da kommunene, (i følge statlig hold), vil få store utfordringer innenfor dette fagfeltet i årene framover.

10.5 Medikamentell symptomlindring i livets slutfase

Bjerkreim kommune har utarbeidet egne prosedyrer og retningslinjer for lindring av plagsomme symptomer i livets slutfase. Kompetansesenteret i lindrende behandling, Helseregion Vest, har i samarbeid med Sunniva klinikk i Bergen utarbeidet en plan for lindring av symptomer i slutfasen. Denne planen danner grunnlaget for de retningslinjene som brukes her i kommunen.

Medikamentskrinet inneholder de fire viktigste medikamentene som brukes i terminalfasen. Legen er ansvarlig for forsvarlig bruk av skrinet, og skrinet skal ikke tas i bruk dersom pasienten ikke er tilsett av lege og deretter erklært terminal. Medikamentene skal forordnes og signeres av lege. Disse medikamentene gis subkutant i neoflon. Før medikamentene gis, skal de kontrolleres og signeres av to sykepleiere. Effekt skal vurderes fortløpende.

Medikamentskrinet er stasjonert på omsorgssenteret, og skal alltid være klart til bruk. Dersom det skal brukes til pasienter utenfor omsorgssenteret, skal lege fylle ut resept.

Etter dødsfallet kasseres resterende medikamenter og utstyr ved å levere inn til apoteket til destruksjon. Bruken av medikamentskrinet evalueres en gang per år.

11.0 Konkrete forslag til tiltak

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

- Utarbeide kompetansehevingsplan for helsepersonell ved omsorgssenteret
- Utarbeide kompetansehevingsplan for leger i kommunen; med hovedvekt på tilsynslege
- Delta aktivt i samhandlingsmøtet og nettverksmøter arrangert av SUS
- Videreutvikler samarbeidet med skole/helsestasjon i forhold til forebyggende helsearbeid
- Lage rutiner og sjekklister for innleggelse og utskriving av pasienter inn og ut fra SUS
- Skaffe tilstrekkelig teknisk utstyr for gjennomføring av symptomlindring.
- Videreutvikle prosedyrer ved bruk av terminalmedisiner
- Lage rutiner for oppfølging av etterlatte
- Innføre bruk av LCP skjema
- Videreutvikle bruk av ESAS- skjema

12.0 Satsningsområder 2011

Forebyggende helsearbeid.