



KREFTPLAN 2009- 2012



ØSTRE TOTEN KOMMUNE

Sist revidert: 30.11.2015

INNHold

1.0 Sammendrag	3
2.0 Bakgrunn og mandat	4
2.1 Kreftforekomst og utviklingstrekk	4
3.0 Forebyggende kreftarbeid	5
3.1 Tobakksbruk	5
3.2 Kosthold	5
3.3 Fysisk aktivitet	5
3.4 Alkohol	6
4.0 Kreftpasienten	7
4.1 Pårørende	8
4.2 Brukerperspektivet	8
5.0 Organisering av kommunens helse- og omsorgstjeneste	9
5.1 Fastlegen	9
5.2 Tildelingskontoret	9
5.3 Sykehjem	9
5.4 Sykehjemslegen	9
5.5 Hjemmetjenestene og tilrettelagte tjenester	9
5.6 Fysio- og ergoterapi	10
5.7 Psykiatritjenesten	10
5.8 Helsestasjonstjenesten	10
6.0 Samhandling i kreftbehandlingen	11
6.1 Kommunehelsetjenesten og kreftpasienten	11
6.1.1 Fastlegen i kreftbehandlingen	11
6.1.2 Hjemmetjenesten	11
6.1.3 Sykehjemmet	11
6.1.4 Fysio- og ergoterapitjenesten	12
6.1.5 Kreftsyrkepleier og kontaktsyrkepleier	12
6.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	13
6.3 Virkemidler for samhandling	13
6.4 Interkommunalt samarbeid	14
6.5 Samarbeid med andre etater	14
7.0 Samarbeidspartnere utenfor kommune og sykehus	15
7.1 Kreftforeningen	15
7.2 Montebello	15
8.0 Kompetansehevede tiltak	16
8.1 Etske refleksjoner	16
9.0 Palliativ enhet	17
9.1 Personal og kompetanse	17
9.2 Finansiering av tiltakene	17
10.0 Veien videre	18
11.0 Litteraturhenvisninger og nettadresser	19

1.0 SAMMENDRAG

I planen finner du disse satsningsområder for kreftomsorg i Østre Toten kommune:

- Forebyggende kreftomsorg
- Styrking av organisering og samarbeid innad i kommunen
- Samhandling mellom ansatte i kommune og sykehus
- Utvikling av nettverk for kontaktsykepleiere
- Kompetansehevende tiltak
- Forslag til palliativ enhet

Planen har som mål å være veiledende i styrkingen, prioriteringene og planlegging av kreftomsorgen i kommunen. Den retter seg til politikere, administrasjon og helsearbeidere. Det er et ønske at den skal være et nyttig hjelpemiddel for alle innbyggere i kommunen.

Det er en hovedmålsetting med planen at den skal bidra til styrket kreftomsorg i kommunen og bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Planen skal gjelde fra 2009 - 2012, og skal deretter evalueres årlig. Det er naturlig at kreftsykepleier er ansvarlig for arbeidet.

Forslag til palliativ enhet ved sykehjemmet er skissert kun i grove trekk. Vi anbefaler at dette arbeides videre med.

Tilføyelse under revidering av planen 2015:

Kommunens nettverk av sykepleiere som arbeider for å styrke omsorgen til kreftpasienter og andre alvorlig syke, er utvidet i 2015. Sykepleiere ved bo- og servicesentrene er med i nettverket i tillegg til sykepleiere på kommunens sykehjem og hjemmesykepleien. Vinteren 2015 ble det i regi av nettverket arrangert fagdag med lindrende behandling i livets slutfase som tema. Palliativt team ved Gjøvik sykehus underviste og sørget for nyttig kompetanseløft til et nesten fullsatt studiesenter.

Høsten 2015 fikk kommunen formelt knyttet rehabiliterings- og mestringstilbudet for kreftpasienter til Frisklivssentralen og Toten treningssenter på Lena. Tilbudet er godt besøkt av deltagere i alle faser av kreftsykdom.

Planleggingen av nytt helse- og omsorgssenter er ikke endelig slutført. Med bakgrunn i erfaringer de siste årene, er det sterkt ønskelig at det på ny vurderes behovet for en lindrende enhet. Om vi skal beholde det nåværende sykehjemmet, er det nødvendig å ta høyde for at yngre mennesker også i fortsettelsen vil benytte seg av helsetilbudet der. Da trengs det familierom og tilrettelegging for barn som pårørende. Styrking av legetjenesten og fortsatt oppmerksomhet rundt kompetanseheving hos de som arbeider nærmest pasient og pårørende er grunnleggende for et godt tilbud i en tid der utfordringene for kommunen er økende.

Kreftplanen ble politisk godkjent våren 2009. Med bakgrunn i utfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor, kan det diskuteres om det er behov for en ny plan.

2.0 BAKGRUNN OG MANDAT

Våren 2008 bestemte Hovedutvalget for helse og sosialtjenester at det skulle utarbeides en kreftplan for Østre Toten kommune. Mandatet har vært å utarbeide forslag til kreftplan. Arbeidet skulle gjennomføres i perioden 15.10.2008 til 01.02.2009.

Arbeidet har vært ledet av Kirsten Sveen, kreftsykepleier. Hun har hatt med seg en arbeidsgruppe som for øvrig har bestått av:

Karin Frydenberg, spesialist i allmennmedisin, fastlege og praksiskonsulent
Grazyna Walicki, fysioterapeut med videreutdanning i palliasjon og lymfødem
Marte Ørud Lindstad, ergoterapeut med videreutdanning i rehabilitering
Gerd Wetzal, sykepleier med videreutdanning i palliasjon

Det har vært avholdt seks møter i arbeidsgruppen, annen utveksling av informasjon og samarbeid har foregått elektronisk. Vi har dratt nytte av innspill fra ledergruppe, medarbeidere for øvrig, samt støtte fra Gjøvik kommune ved kreftsykepleier Anne Grev og leder for Undervisningssykehjemmet Kristin Haugen. I arbeidet har vi støttet oss til nasjonale retningslinjer og anbefalinger.

2.1 Kreftforekomst og utviklingstrekk

I 2013 ble det registrert 30.401 nye krefttilfeller i Norge, 54 prosent av tilfellene var blant menn og 46 prosent blant kvinner. I perioden 2009-2013 er de fem vanligste kreftformene i synkende rekkefølge for menn; prostata-, lunge/luftrør-, tykktarm, hud- og føflekkreft og for kvinner; bryst-, tykktarm-, lunge/luftrør-, føflekk og hudkreft. Føflekkreft (malignt melanom) har økt sterkt hos begge kjønn, mens lungekreft øker mest hos kvinner. Når man ser på økningen som har vært siste 10-årene er det bare litt over halvparten som skyldes demografi (flere personer og eldre befolkning), resten skyldes økning i insidensraten (risikoen). En stor andel av forventet økning i tilfeller skyldes at vi blir flere eldre. De fleste av krefttilfellene i Norge finner vi hos de over 55 år.

Røykeslutt kan forebygge mange krefttilfeller. Sunt kosthold og fysisk aktivitet forebygger ikke bare hjerte-kar-sykdommer, men også kreft. 5- års relativ overlevelse er nå nærmere 70 %, slik at man kan si at nær to av tre overlever minst fem år, justert for dødeligheten i normalbefolkningen. Ut fra dagens kunnskap er sykdomsutbredelse på diagnosetidspunkt viktigste faktor for prognosen.

Stadig flere overlever kreft. Ved utgangen av 2013 var 232.774 i live etter å ha fått minst en kreftdiagnose. Til sammenligning med 2003 var tallet 158.752. Tallene for Østre Toten i samme periode er henholdsvis 724 kreftoverlevende i 2013 mot 524 i 2003. Det ble diagnostisert 49 krefttilfeller blant kvinner og 71 tilfeller blant menn i Østre Toten kommune i 2013. Dette tilsvarer insidensrater på 299,6 tilfeller per 100.000 innbyggere for kvinner og 438,0 tilfeller per 100.000 innbyggere for menn. Insidensraten for landet som helhet i 2013 er 298,5 for kvinner og 369,2 for menn (Kreftregisteret, 2015).

3.0 FOREBYGGENDE KREFTARBEID

Hovedmålet med forebyggende arbeid er å hindre at sykdom eller skade oppstår. Det forebyggende arbeidet tar utgangspunkt i kunnskap om risikofaktorer som påvirker helsen. De nasjonale satsningsområdene som kreftplanen retter tiltak mot er tobakksbruk, kosthold, fysisk aktivitet og alkohol.

3.1 Tobakksbruk

Bruk av tobakk er den enkeltfaktor som har størst betydning for kreftrisiko. Hele 84 prosent av alle tilfeller av lungekreft kan forklares ut fra sigarettøyking. I tillegg kommer en del andre kreftformer hvor røyking er en viktig risikofaktor. Tobakksbruk alene forårsaker 30 prosent av alle kreftdødsfall (NOU, 1997). Dessuten er det anslått at hvert år dør 50 ikke-røykere av lungekreft som skyldes passiv røyking. Dette gjør røykestopp til vårt fremste forebyggingsmål mot kreft.

Fra Sosial- og helsedepartementet heter det at arbeid for å begrense tobaksskadene søkes utført på tre hovedfronter:

- Å hjelpe de som bruker tobakk med å slutte
- Å få barn og ungdom til å la være å begynne med tobakk
- Å forhindre at de som røyker påtvinger andre tobakksrøyk

Tiltakene skal både bevisstgjøre ikke-røykere om retten til røykfri luft og motivere røykere til å slutte å røyke. Programmet skal legge vekt på de helsemessige konsekvensene ved å røyke, og hvilke gevinster man oppnår ved røykeslutt.

Legeforeningen foreslår å redusere antall utsalgssteder for tobakk. Helsedirektoratet støtter forslaget, og ønsker samtidig å heve aldersgrensen for kjøp av tobakk til 20 år (Helsedirektoratet, 15.01.2009). Kommunen kan følge opp dette arbeidet og legge til rette for mer informasjonsarbeid i skolene, og gjennom for eksempel røykekutt-opplegg i regi av helsesøster. Samt røykfrie arbeidsplasser.

3.2 Kosthold

Kostholdet bør være sammensatt slik at det reduserer de kostrelaterte helseskader i befolkningen og er helsemessig trygt. Dette er de generelle hovedmålene med nasjonal politisk forankring (St.melding nr. 16 Resept for et sunnere Norge). Man regner med at 30 – 40 prosent av alle krefttilfeller kan forebygges ved et riktig sammensatt kosthold og fysisk aktivitet. Et kosthold rikt på frukt, bær og grønnsaker inneholder rikelig med antioksydanter som reparerer skader på cellene og senker risiko for å utvikle sykdom. Det gir ikke samme effekt å spise vitaminpiller som å spise matvarene i naturlig form.

Både skole og arbeidsliv er arenaer hvor tilrettelegging for et godt kosthold er viktig. Mer enn en halv million arbeidstakere spiser minst ett av dagens måltider i en kantine. Det er viktig å legge forholdene til rette slik at det er enkelt å foreta sunne matvalg på arbeidsplassen, enten det er i kantina eller som møteservering.

Et sunt kosthold kan redusere overvekt og minske risikoen for kreft og en rekke andre sykdommer. I Norge har en 40 år gammel mann gjennomsnitt blitt 9 kg tyngre på de siste 30 år, og kvinner 3,9 kg tyngre.

3.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet påvirker lunge- og hjertefunksjon, tarmenes bevegelser, kroppens energibalanse, hormonnivåer og ikke minst immunforsvar. Den Norske Kreftforeningens anbefaler voksne en halv time fysisk aktivitet daglig. Aktivitet utover dette kan gi ekstra fordeler i forhold til kreftforebygging. Mange undersøkelser viser at fysisk aktivitet reduserer dødelighet og sykkelighet generelt. Spesielt gjelder dette hjertesykdom, hypertensjon, diabetes type II og tykktarmskreft.

Anbefalinger for barn og unge er minst en time fysisk aktivitet hver dag. Da er det viktig at det settes av mer tid til fysisk aktivitet i grunnskolen. Regjeringen har foreslått å øke uketimetallet på barnetrinnet med to timer til fysisk aktivitet. Endringene skal gjelde fra høsten 2009, og målet er gradvis å sikre en time fysisk aktivitet hver skoledag

Målet for fysisk aktivitet kan oppnås gjennom:

- Mer aktivitet i skolegården og trygge skoleveier og omgivelser som innbyr til bevegelse og aktivitet
- Videreføring av kommunens fysak og fysiotek-tilbud
- Organiserte tilbud på arbeidsplasser

3.4 Alkohol

Alkohol som risikofaktor, og de helsemessige konsekvensene av alkoholbruk, er ikke bare knyttet til langvarig og høyt inntak av alkohol. Totalkonsumet synes særlig å ha betydning for risikoen for noen typer av sykdommer som utvikles etter lang tids eksponering. Risiko for leversykdommer og en del kreftformer, blant annet i munnhule, svelg, spiserør og bryst, øker med økende alkoholkonsum.

Forebyggende arbeid som bør videreføres:

- Holdningskapende arbeid omkring rusmidler
- AKAN-arbeid og økt kunnskap omkring arbeidsrelatert rusmiddelmisbruk
- Kompetanseheving for lærere, helsepersonell og ledere i arbeidslivet

4.0 KREFTPASIENTEN

Kreftpasienten går gjennom mange faser fra den snikende mistanken om at noe er galt, ventetid på utredning med påfølgende diagnose, før ny ventetid på behandling. Behandlingen er ofte krevende, og usikkerhet er knyttet til om den hjelper.

Rehabiliteringsfase og at en erklæres frisk er det man ønsker og håper på, men kurativ behandling er ikke alltid mulig. I dag har vi likevel kunnskaper til å gi god symptomlindrende behandling, og kan gjøre mye for pasientens livskvalitet selv om man ikke kan helbrede.

Når et familiemedlem rammes av kreftsykdom involverer den hele familien. Da er det viktig at både pasient og pårørende møtes av omsorg og forståelse. Når pårørende trekkes aktivt med i behandlingen vil det komme pasienten til gode.

I henhold til Pasientrettighetsloven har pasienten rett til informasjon om sin helsetilstand. I lov om helsepersonell ligger det en tilsvarende plikt for helsepersonell til å informere. Informasjonen må gis på en slik måte at pasienten forstår budskapet. Helsepersonell kan oppfordre pasienten til å ha med seg pårørende når informasjon skal gis.

Hver enkelt pasient er unik og har sin egen tolkning av sykdommen og hva den betyr.

Når barn og unge får kreft gir det spesielle utfordringer for de som skal hjelpe. Det tverrfaglige samarbeidet er spesielt viktig. Det kreves ofte involvering av barnehage, skole og helsesøstertjeneste.

Det er viktig at foreldre og barn er innforstått med hvordan samarbeidet foregår. Barn og unge behandles ofte på regionsykehus, noe som fører til særlige utfordringer når det gjelder samarbeid med hjemkommunen. Det er viktig at helsepersonell er bevisst hvilke utfordringer foreldre og familien står ovenfor, og har en plan for hvordan informasjon til og samhandling med familiene skal sikres.

Kreftforeningen har tilsluttet flere pasientforeninger, blant annet Støtteforeningen for kreftsyke barn (SKB) og Ungdomsgruppa (UG), som kan være gode støttespillere for disse pasientgruppene (Kreftforeningen, 2009).

Kjennetegn ved ulike faser i kreftpasientens sykdomsforløp:

Kreftpasienten er gjennomsnittlig 60 - 65 år. Pasientens opplevelse av ulike faser i sykdomsforløpet vil være individuell, og preges av livssituasjon og alder. Alle fasene vil ikke gjelde for alle, men kjennskap til disse kan være til hjelp for å forstå hva pasienten og hans familie står overfor:

- I den prediagnostiske fase vil det være avgjørende om det finnes tidlige tegn på kreftsykdom, om symptomene erkjennes og om personen søker hjelp raskt. Personens tidligere erfaringer og sosiale sammenheng har her som ellers betydning for reaksjonsmønster.
- Den diagnostiske fase er preget av ulike problemer, avhengig av hvilken type kreft pasienten har og mulighetene for å bli frisk. Det er en tid som er preget av uro, bekymring og angst for resultatene av prøver og undersøkelser og ventetid på å få utført disse. Sykdommen skal utredes med henblikk på å diagnostisere primærtumor, utbredelse, grad av malignitet og spredning, og til å bestemme behandling og etterbehandling, samt vurdere prognose.
- Behandlingsfasen er det mange som opplever som mer avklart og mindre angstfylt. Pasientens hverdag blir dominert av de ulike behandlingsformene. Mange har ofte ikke følt seg syke før de nå opplever bivirkningene av behandlingen. Behandlingsperioden kan strekke seg over svært lang tid. Pasienten har i denne perioden et stort informasjonsbehov. Det er viktig at det erkjennes av behandlerne. Selv om pasienten behandles i spesialisthelsetjenesten, er det viktig å holde kontakten med fastlegen som kan koordinere mellom mange behandlere, avklare spørsmål for pasienten og være en samtalepartner gjennom hele sykdommen.

- Remisjon vil si å være fri for synlige sykdomstegn. Det kan være stor variasjon av reaksjoner fra takknemlighet og glede, til angst og usikkerhet på om kreften vil komme tilbake. I denne perioden er det ikke uvanlig å tolke alle symptomer fra kroppen som tegn på residiv. Kroppen kan ha forandret seg som følge av sykdommen og behandlingen, og det kan være vanskelig å akseptere.
- Rehabilitering kan starte samtidig som pasienten er i aktiv kurativ behandling. Det kan styrke følelsen av å være på vei til å bli frisk. Pasienten går til kontroll i mange år etter avsluttet behandling. Det kan oppleves som betryggende, men kan samtidig være angst-skapende, fordi frykt for residiv alltid ligger bak behovet for kontroller.
- Residiv vil si tilbakefall etter primærbehandlingen. Det betyr at pasienten må gjennom nye utredninger, behandlingsregimer og vurdering av prognose, men nå i lys av tidligere erfaringer. Minnene kan forsterke reaksjoner på nåværende situasjon. Pasienten må ofte innstille seg på palliativ behandling.
- Palliasjonsfasen betyr tiden etter at kurativ behandling ikke lenger er mulig. Mange behandlingstilbud er likevel viktig i denne perioden. Det kan være avlastende kirurgiske inngrep, cellegift som forsinker, men ikke stopper utviklingen av kreften, og det er all annen lindrende behandling. Behandlingen kan være belastende i seg selv. Det er viktig å hjelpe pasienten til å konsentrere seg om livet så lenge det er der.
- Den terminale fasen betyr at pasienten er døende. Pasientens situasjon påvirkes av om han er hjemme, på sykehus eller sykehjem, fordi ulike steder byr på ulike muligheter. Det er viktig å samtale med pasient og pårørende om hvordan de ønsker at den siste tiden skal være, og hvor pasienten ønsker å være på slutten av livet. Som behandlere og hjelpere i denne fasen, er det viktig å legge til rette for å gjøre pasientens og pårørendes ønsker mulige (Reitan, 2004).

4.1 Pårørende

Å være pårørende til en person som lider av en livstruende sykdom, kan være veldig vanskelig. Det er pasienten som definerer hvem som er nærmeste pårørende og hvem de ønsker skal informeres og inkluderes i deres situasjon.

Støtte og hjelp til pårørende bør gis individuelt og som en integrert del av behandlingen til pasienten. Det bør legges til rette for fellessamtaler mellom pasient, pårørende og lege (annet helsepersonell) der aktuelle problemer drøftes. Det må også være rom for at pårørende kan ha individuelle samtaler med helsepersonell uten å bryte taushetsplikten.

Små barn og unge som pårørende kan gi spesielle utfordringer, og krever god planlegging rundt den syke og ofte tverrfaglig tilnærming. Det gjøres godt arbeid rundt barn og unge i vårt nærrområde. Senter for sorgstøtte og Akershus universitetssykehus arbeider med barn og unge som pårørende. Andre som arbeider med barn og unge som pårørende er: Ullevål Universitetssykehus, Montebello-senteret i Mesnali og Kreftforeningen som tilbyr kurs og grupper innenfor temaet sorg hos pårørende (Kreftforeningen, 2009).

4.2 Brukerperspektivet

Det er et bærende prinsipp i all behandling at brukermedvirkning skal gjennomføres. Det betyr at pasienten skal være sikret deltagelse i planlegging og gjennomføringen av eget behandlingsopplegg. Bestemmelsene reguleres i Pasientrettighetsloven, Sosialtjenesteloven og Lov om kommunehelsetjenester. Retten til individuell plan, og hvem som skal ha informasjon i tillegg til pasienten, reguleres også av lovverket. Det samme gjelder helsepersonells taushetsplikt.

5.0 ORGANISERING AV HELSE, OMSORG OG VELFERDSTJENESTEN

Kommunens administrative ledelse består av rådmannen og fem kommunalsjefer. Helse-, omsorg og velferdstjenesten hører under felles kommunalsjef: Stab. Tildeling og koordinering. Helse, Hjemmetjenester. Institusjonstjenester. Tilrettelagte tjenester. NAV Østre Toten.

Kreftpasientene vil trenge tjenester fra flere av kommunens tjenester. Det er viktig at disse samarbeider godt.

5.1 Fastlegen

Fastlegen står sentralt i diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienten. Fastlegen er nødvendig for å få til god samhandling mellom kommune og sykehus. Kommunen har 4 legesentre med til sammen 14 fastleger. Samfunnsmedisin, inkludert smittevern, tas hånd om av kommuneoverlegen.

5.2 Tildelingskontoret

Tildelingskontoret i kommunen samarbeider nært med andre fagpersoner. Kontoret behandler og vedtaksfester søknader om omsorgstjenester og psykisk helsearbeid. Saksbehandlingen innebærer blant annet planlegging av utskriving fra sykehus, og inn- og utskriving fra kommunens tjenester. Det gis enkeltvedtak på tjenestene. Tjenestene er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven.

5.3 Sykehjem

I tillegg til sykehjem har Østre Toten tre bo- og servicesenter. Det finnes i dag ingen spesiell avdeling eller enhet for kreftpasienter med et lindrende behov ved Østre Toten sykehjem.

5.4 Sykehjemslegen

Noen av fastlegene er i deltidsstillinger ved kommunens sykehjem og bo- og servicesenter.

Sykehjemspasientene er blant de sykeste og har omfattende behov for medisinsk hjelp. Kortere liggetid i sykehus, økt vektlegging av korttids- og rehabiliteringsopphold, samt styrking av lindrende behandling, stiller store krav til medisinsk kompetanse i sykehjem.

Den foreslåtte styrkingen av legetjenesten ved sykehjemmet er på 15,5 nye legetimer per uke. Det er ikke fattet politisk vedtak om iverksettingen.

5.5 Hjemmetjenestene og tilrettelagte tjenester

Inntil 2007 var hjemmetjenestene organisert under hvert sitt distrikt i henholdsvis: Kapp, Skreia, Lena og Kolbu. Nå er de samlet under hjemmebaserte tjenester med felles administrasjon på Lena og tilrettelagte tjenester med felles administrasjon på Kapp. Hjemmetjenestene består av hjemmesykepleie, praktisk bistand i hjemmet, trygghetsalarm, matombringing og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Ordningene innebærer hjelp og veiledning ved funksjonstap. Tilrettelagte tjenester yter bistand til fysisk og psykisk funksjonshemmede.

5.6 Fysio- og ergoterapi

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er viktige bidragsyttere i det tverrfaglige arbeidet rundt kreftpasienten. Fysioterapeuten bidrar til rehabilitering og gir behandling i ulike stadier av kreftsykdommen. Ergoterapeuten kan vurdere behov for hjelpemidler og tilrettelegging i hjem eller på institusjon, og de kan bidra i en rehabiliteringsfase.

5.7 Psykiatritjenesten

Kreftsykdom er en psykisk belastning. For noen pasienter kan sykdomsforløpet medføre behandlingstrengende krisereaksjoner som angst og depresjon. Psykiatritjenesten kan bidra med individuell støtte og nettverksbygging hos familier som trenger det.

5.8 Helsestasjonstjenesten

Det vil være spesielle utfordringer dersom barn eller ungdom er rammet av kreft, enten som pårørende til foreldre eller søsken med kreft. Helsesøster kan i slike tilfeller bistå med råd og støtte i familier som trenger det.

6.0 SAMHANDLING I KREFTBEHANDLINGEN

I en helhetlig kreftomsorg inngår en rekke aktører som pasienten og pårørende må forholde seg til. Dette stiller store krav til samhandling mellom de ulike aktørene og mellom de ulike behandlingsnivåer. I tillegg må både pasient og pårørende kunne forvente å møte en helsetjeneste som preges av kunnskap, respekt og evne til god kommunikasjon. Pasientens og pårørendes egne ressurser må verdsettes, og pasientene har krav på informasjon og medvirkning under utredning og behandling.

6.1 Kommunehelsetjenesten og kreftpasienten

I Norsk kreftplan heter det blant annet: "Primærhelsetjenesten er en av bærebjelkene i kreftomsorgen" og at "hovedansvaret for pasientene må være i primærhelsetjenesten, nærmest mulig pasientens hjemmemiljø".

6.1.1 Fastlegen i kreftbehandlingen

Fastlegen er sentral i kreftbehandlingen. Først og fremst som pasientens behandler og som bindeledd mot sykehusene, men også mot hjemmesykepleie, fysioterapeut, NAV og arbeidsgiver. Effektiv og tett kontakt mellom sykehus og fastlege er derfor essensielt. Kreftpasienten tilbringer mye tid i alle nivå av helsetjenesten, men befinner seg den lengste delen av sykdomsperioden hjemme. Det at fastlegen er oppdatert og har kontakt med pasienten gjennom sykdom og behandling, er avgjørende for at pasient og pårørende skal føle seg trygge.

Internasjonale undersøkelser viser at et flertall ønsker å dø hjemme (Jordhøy, 2003). Når de fleste likevel dør på sykehus eller sykehjem, er manglende trygghet og tilrettelegging i hjemmet noe av årsakene. Fastlegen på sin side ønsker å stille opp og være tilgjengelig for sine pasienter. Først og fremst vil det være gjennom konsultasjoner på legekontoret, men også i hjemmebesøk og ved telefonkontakt. Bedre planlegging av utskrivning og kjennskap til hjemmesituasjonen er nødvendig for i større grad å gjøre det mulig å være hjemme mot slutten av livet.

6.1.2 Hjemmetjenestene

Det er i tråd med kommunens målsetting at innbyggerne skal få bo lengst mulig i eget hjem når det er ønskelig for pasient og pårørende.

Hovedmålet for kreftomsorg i hjemmet er at pasient og pårørende skal oppleve trygghet, kontinuitet og god behandling og omsorg.

Hjemmetjenestene må i livets slutfase være tilstede der det er ønskelig. Det krever en døgkontinuerlig tjeneste og tilstrekkelig med ressurser og kompetanse. Det bør tilstrebes at kreftpasienten har færrest mulig hjelpere å forholde seg til, og at tjenesten er forutsigbar og koordinert. Godt samarbeid med tildelingskontor, fastlege og spesialisthelsetjeneste er nødvendig. Likeså samarbeid med helsesøstertjeneste og skole og barnehage når barn er involvert.

6.1.3 Sykehjemmet

Pleie- og omsorg i livets siste fase er en viktig del av sykehjemmets hverdag. Personalet skal bidra til å legge til rette for en trygg og verdig avslutning av livet.

Det er likevel forskjell på behovene hos de som dør på grunn av alderdom og de som dør som følge av alvorlig sykdom i yngre år. Ofte er det spesielle behov når yngre eller personer med omsorgsansvar for barn blir alvorlig syke. Det er sjelden disse personene kommer inn i sykehjem slik de er organisert i dag.

Pasienter med en kreftdiagnose krever ofte en spesiell kompetanse, og får et bedre tilbud når man får til bedre samhandling mellom hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, sykehjemmet og legetjenesten. Lindrende behandling er mye mer enn symptomlindring. For å hjelpe pasient og pårørende gjelder det å tenke og handle helhetlig på tvers av den tradisjonelle organiseringen. Sykehjemmet bør styrkes og bedres i sitt tilbud ved at lindrende behandling og gode kontinuerlige legetjenester prioriteres. Styrkingen av legetjenesten ved sykehjemmet bør spesifikt rettes inn mot den eventuelle palliative enheten.

I dag er det mange pasienter som legges inn på sykehus som kunne fått et alternativ tilbud i kommunehelsetjenesten. Dersom kompetansen og kapasiteten hadde vært tilrettelagt, kunne mange av disse pasientene fått et tilbud for eksempel ved et forsterket sykehjem, sier helse- og omsorgsministeren i en pressemelding 21.10.2008.

6.1.4 Fysio- og ergoterapitjenesten

Fysio- og ergoterapi har en selvstendig plass ved rehabilitering etter behandling og innen lindrende medisin.

Fysioterapeutene har lang tradisjon for behandling av kronisk, progredierende sykdommer og senskader etter kreftbehandling, som for eksempel lymfødem og stråleskader. Effekten av fysioterapi på bevegelighet, smerte og funksjon hos kreftpasienter med stråleskader i hud, muskler og skjelett blir nå satt i fokus ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.

Ergoterapeutene har stor kompetanse innen kartlegging og trening av kognitive utfall og aktiviteter i dagliglivet, kartlegging og tilrettelegging av bolig. Deres kunnskaper om tilgjengelige hjelpemidler kan lette hverdagen betydelig, og av og til være avgjørende for pasientene. Et velfungerende kommunalt hjelpemiddellager, og et godt samarbeid med Hjelpemiddelsentralen i Oppland, er vesentlig ved utskrivning av et alvorlig sykt menneske ettersom de fleste har behov for tekniske hjelpemidler i hjemmet.

Målgruppen for kreftrehabilitering er alle som har fått varige eller langvarige problemer med kroppsfunksjoner eller aktivitetsutøvelse, for eksempel skader i bevegelsesapparatet, kognitiv svikt og ulike smertesyndrom som fører til manglende tilbakeføring til arbeidslivet. Erfaringene er at det er et stort udekket behov for rehabilitering blant pasienter med ulike kreftdiagnoser. Individuell plan er et viktig redskap som kommunen kan benytte seg av i kartleggingen av den enkelte kreftpasients behov når det gjelder å avgjøre aktuelle rehabiliteringstiltak (Kreftforeningen, 2009).

6.1.5 Kreftsykepleier og kontaktsykepleier

Kreftsykepleier har ettårig formell videreutdanning i kreftsykepleie. Kontaktsykepleier er primærsykepleier for kreftpasienter, men trenger ikke å ha formell videreutdanning.

Nasjonale retningslinjer anbefaler at alle kommuner har ansatt kreftsykepleier. Østre Toten opprettet 100 % stilling som kreftsykepleier fra januar 2011.

Kreftsykepleier bør sammen med sin leder arbeide for at faglige anbefalinger og samhandlingsrutiner etterfølges. Kreftsykepleier bør ha oversikt over de sykeste kreftpasientene i kommunen. På den måten blir det lettere å planlegge arbeidsfordeling og forventet ressursbruk.

- Målsettingen for kreftsykepleier er å bidra til et bedre tjenestetilbud til kreftpasienter og deres pårørende
- Kreftsykepleier skal være en koordinator av tjenestene for den enkelte pasient
- Kreftsykepleiers arbeidsområde er å skape framdrift i nettverksarbeidet for kontaktsykepleiere, bistå disse i faglige utfordringer, samt ha et særskilt ansvar for fagutvikling
- Har et reelt samarbeid med omsorgstjenestens tildelingskontor
- Samarbeide med det palliative teamet på Sykehuset Innlandet Gjøvik
- Undervise pasient, pårørende og helsepersonell ved behov
- Utøve direkte sykepleie, og kunne gå inn i vanskelige situasjoner når det er påkrevd

Kreftsykepleier og kontaktsykepleier har en avgjørende rolle for at omsorgstilbudet i kommunen skal bli så godt som mulig. Kontaktsykepleierne som arbeider i kommunen er knyttet til ressursnettverket i Oppland. Dette kom i stand i 2004 etter initiativ fra Kompetansesenteret for lindrende behandling ved Ullevål Universitetssykehus (KSLB).

Tiltak for å styrke nettverket:

- At det utarbeides en stillingsbeskrivelse for kontaktsykepleiere, og at det settes av tid til arbeidet. Det har med tydeliggjøring og formalisering av arbeidsoppgavene å gjøre
- Kompetanseheving gjennom interne og eksterne kurs og hospitering
- Deltakelse på kontaktsykepleiersamlinger
- Planmessig bruk av ESAS og andre kartleggingsverktøy som sikrer grunnleggende symptomlindring for pasientene

6.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Kreftbehandling i spesialisthelsetjenesten foregår dels ved regionsykehusenes spesialavdelinger, og dels ved spesialenheter og poliklinikker på andre sykehus i regionen. Samtidig med at avansert kreftkirurgi samles, desentraliseres tilbudet om enklere kreftbehandling, oppfølging, rehabilitering og lindrende behandling. SI- Gjøvik har stråleterapiavdelingen for Sykehuset Innlandet, og poliklinisk avdeling som gir avansert cellegiftbehandling. Gjøvik sykehus har 12 senger som er beregnet på kreftpasienter.

I 2006 ble det inngått en intensjonsavtale mellom Sykehuset Innlandet og Østre Toten kommune. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling: ”Bedre skal det bli”, er lagt til grunn for samarbeidet som er tenkt å føre til:

Pasientene skal oppleve at tjenestene er:

- Faglig gode
- Samordnede og helhetlige
- Preget av kontinuitet
- Levert på en menneskelig sett god måte på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten
- At de involverer brukerne og gir dem innflytelse

I juni 2009 la helse- og omsorgsministeren fram en ny helsereform.. St.meld.nr.47: Samhandlingsreformen. Manglende kontakt mellom kommune og sykehus er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenestene bedre. Det kan vi gjøre noe med. Per oktober 2014 ser vi at Samhandlingsreformen byr på utfordringer for kommunen. Det forventes at kommunen er godt forberedt til å ta i mot de alvorligst syke. De som trenger en stor grad av høyt kvalifisert hjelp og til dels avansert medisinsk og lindrende behandling.

April 2014 ble et prosjektarbeid i Gjøvik regionen om den palliative pasienten avsluttet: ”Palliative kreftpasienter i livets slutfase, bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.” Samarbeidet fortsetter, intensjonen var å styrke omsorgen for den alvorlig syke kreftpasienten og pårørende.

6.3 Virkemidler for samhandling

- Individuell plan. En individuell plan inneholder alle nødvendige opplysninger om pasienten, og følger pasienten mellom sykehus og kommune. Den vil forenkle samarbeidet mellom sykehus og fastlege. Bruk av individuell plan vil gi pasienten selv oversikt over hvem som er behandlere både i kommunehelsetjenesten og sykehuset. Den vil være et nyttig verktøy for å tydeliggjøre ansvarsområder og pasientens mål og ønsker.
- Kollegalinje. Fastlegene har ”kollegalinje” som er distribuert til sykehuskollegene slik at kontakt mellom sykehus og legekantor kan være bedre og enklere. Sykehusene og poliklinikkene er tilgjengelige for helsepersonell i kommunen, slik at de kan få råd av spesialistene og tjenesteyterne der.

- Utskrivningsmøter med god planlegging og oppfølging av pasient som skrives ut fra sykehus. Det vil særlig være aktuelt der sykdomsbildet er komplisert og sammensatt, men også viktig der familiesituasjonen gjør omfattende planlegging nødvendig. Det kan være de som bor alene eller familier med barn. Det bør etableres faste møtepunkter og prosedyrer for samhandling med sykehuset rundt inneliggende pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivelsen.
- Epikrise bør komme raskt fram til fastlegen, sykehjem og hjemmetjenestene. Det er nødvendig at fastlegen har den samme informasjon som sykehuslegen. Ved utskrivning til institusjon og hjem bør epikrise følge pasienten. Fastlegen bør også sende epikrise til sykehuset når det har skjedd endringer med pasienten utenfor sykehuset.
- ESAS – symptomregistreringsskjema. Felles kartleggingsverktøy som kan bidra til en løsningsfokuset behandling og symptomlindring.
- Praksiskonsulentordning. Praksiskonsulenter er fastleger som er ansatt av sykehuset i 10 - 20 prosent stilling, og som skal arbeide for gode pasientforløp og bedre samhandlingslinjene mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. Det er ingen praksiskonsulent innen kreftomsorg i Sykehuset Innlandet per desember 2008, men ordningen er under utbygging.
- Kreft- og kontaktsykepleier møter pasienten i ulike faser, men ofte når pasienten trenger oppfølging både av sykehus, fastlege og hjemmesykepleie. Samtidig mottar mange også behandling og tjenester fra andre instanser som fysio- og ergoterapi, kreftenhet og strålepoliklinikk. De bidrar til å koordinere tjenestene bedre.
- Pasientansvarlig lege og pasientansvarlig sykepleier. Alle pasienter har krav på en pasientansvarlig lege og sykepleier på sykehuset. Det er et viktig tiltak i en sammenhengende behandlingskjede. For kreftpasienten kan det være spesielt viktig.
- Østre Toten kommune har utarbeidet en informasjonsbrosjyre som pasient og pårørende kan få på sykehuset eller i kommunen. Her ligger det ved en enkel ”veiviser” til NAV og aktuelle trygderettigheter.

6.4 Interkommunalt samarbeid

Østre Toten deltar i interkommunalt samarbeid med Vestre Toten, Gjøvik, Nordre- og Søndre Land. Innen kreftomsorg har alle disse kommunene etablert stillinger for kreftsykepleiere. Kreftsykepleiere og kontaktsykepleiere møtes gjennom Ressursnettverket for alvorlig syke i Oppland. Det er en målsetting at kommunene framover skal samarbeide på områder som kompetanseheving, fagutvikling og rekruttering. Det kan i framtiden være aktuelt med samarbeid innenfor spesialiserte helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå, for eksempel nettverk av sykehjemsleger. Fastlegene har et interkommunalt nettverk gjennom Den norske legeforening og gjennom praksiskonsulentordningen, men det er for dårlig utbygget og organisert.

6.5 Samarbeid med andre etater

Alvorlig og langvarig kreftsykdom vil ofte få konsekvenser for privat økonomi og evne til praktisk bistand. Det er viktig at kreftpasienten får hjelp til å kartlegge sine ”ikke-medisinske” behov, samt at de får bistand og veiledning til å vurdere relevante tiltak. Helse- og omsorgsetatene bør ha tett samarbeid med NAV-kontoret i Østre Toten.

7.0 SAMARBEIDSPARTNERE UTENFOR KOMMUNE OG SYKEHUS

7.1 Kreftforeningen

Kreftforeningen er en landsdekkende, frivillig organisasjon. Den arbeider for å redusere antall nye krefttilfeller, for at flere skal bli friske, og for at de som må leve med sin kreftsykdom skal få det bedre.

Kreftforeningen har omtrent 113.000 medlemmer. Kreftforeningen driver et hundretalls forskningsprosjekter. Om lag halvparten av de årlige midlene som disponeres til formål er øremerket forskning. Kreftforeningen driver pasientrettet innsats, blant annet samtalegrupper, kurs og undervisning for pasient og pårørende.

Kreftforeningen har eget kontor for innbyggere i Hedmark og Oppland som ligger på Hamar (Kreftforeningen Seksjon Innlandet).

7.2 Montebello

Montebello-senteret drives som en stiftelse opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet. Den faglige forankringen er Rikshospitalet, Radiumhospitalet HF og Kreftforeningen. Senteret gir et særskilt tilbud til kreftpasienter og deres pårørende, og har særlig fokus på rehabilitering. Senteret ligger i Mesnali ved Lillehammer, og er et kompetansesenter for helsepersonell både nasjonalt og internasjonalt. Med tanke på den geografiske nærheten til Østre Toten, er det et viktig tilbud for pasienter, pårørende og helsepersonell i kommunen.

8.0 KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

En grunnleggende forutsetning for optimal kreftomsorg og palliasjon, er at de som arbeider med dette har den nødvendige faglige kompetansen. Kompetansebehovet vil øke i årene framover, bl.a. fordi en økende gruppe eldre, med kroniske og kompliserte lidelser i tillegg til sin kreftsykdom, vil ha behov for en styrket tjeneste.

Fastlegene i Østre Toten er alle enten spesialister i allmennmedisin, eller de er under spesialisering og følger da et fastsatt program. Siden må de fortsette med etterutdanningsprogram for å fornye sin spesialitet hvert 5. år. Det er viktig at de sørger for at dette programmet også dekker kompetanse i rehabilitering, geriatri, kreftbehandling og palliasjon.

Østre Toten har fra høsten 2015 seks sykepleiere med videreutdanning i lindrende behandling, som til daglig arbeider med fagfeltet. Tre er ansatt på Østre Toten sykehjem. To i ambulerende hjemmetjenester. En er ansatt som faglig enhetsleder på Fjellvoll. Tre hjelpepleiere har videreutdanning i kreftomsorg. Aller tre er ansatt på Østre Toten sykehjem.

For framtidens behov vil det være ønskelig at flere tar den eller lignende videreutdanning. En fysioterapeut har videreutdanning i palliasjon, i tillegg til kompetanse i lymfødembehandling. Hun arbeider både i institusjon- og hjemmebaserte tjenester.

Kommunen har ansatt en sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie. Kommunen har i tillegg flere sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter med videreutdanning og kompetanse innen rehabilitering, geriatri, demens og psykiatri. De er ansatt i ulike stillinger innenfor kommunens tjenesteområder.

Et godt samarbeid mellom fagpersonene er påkrevd. Like viktig er det at vi benytter oss av den kompetansen som finnes. Det hjelper ikke å utdanne helsepersonell hvis man ikke vet å benytte seg av den økte kompetansen. Kompetanseheving er et viktig lederansvar.

Aktuelle tiltak for kompetanseheving:

- Kursvirksomhet: Eksterne og interne kurs i lindrende behandling. Interne kurs kan settes i system med innslag av undervisning fra andre faggrupper i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.
- Opplæringsprogram: Kommunen bør utarbeide sitt eget opplæringsprogram som er mål- og framtidsrettet og i samsvar med kommunens undervisningsansvar for egne ansatte.
- "Lære - for å lære videre": Det finnes opplæringsprogram utarbeidet av andre, bl.a. et fra Verdighetssenteret og Bergen Røde Kors. Målsettingen for dette opplæringsprogrammet er å tilføre sykehjem og kommunal eldreomsorg kompetanse innen palliasjon. Kommunen søkte våren 2009 om midler fra Helsedirektoratet for kompetansehevende tiltak innen palliasjon. Vi fikk tildelt 200.000 som er brukt til blant annet årlige fagdager for kommunens ansatte. Nettverket av kontaktsykepleiere gjennomfører internkurs, der tema som symptomlindring, ernæring og symptomregistrering (ESAS) er berørt. Kreftkontaktene har hospitert på Gjøvik sykehus hos palliativt team og det eksisterer i dag et nært samarbeid med teamet.

8.0 KOMPETANSEHEVENDE TILTAK

8.1 Etiske refleksjoner

Ledere og medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene står daglig i mange vanskelige situasjoner og dilemmaer. I slike situasjoner er behovet for god praksis og muligheter for kontinuerlig læring og bevisstgjøring svært viktig. Det er et lederansvar å klargjøre hvilke verdier vi ønsker skal ligge til grunn for tjenestene, og hvilke konsekvenser verdiene har for den enkeltes handlinger.

Eksempler på situasjoner der etiske dilemma kan oppstå i kreftomsorgen:

- Hvem skal informeres om pasientens tilstand og sykdomsutvikling?
- Det kan være interessekonflikter mellom pasientens ønske og familiens ønske?
- Når aktiv behandling skal avsluttes og hvordan dette formidles?

KS har utgitt Etikkhåndboka. Her er det forslag til gode kommunale tiltak som spenner fra småkurs i lunsjpausen til egne kliniske etikk råd i kommunen. Lederansvaret i denne sammenheng er å gi rom og arenaer for etisk refleksjon i hverdagen.

9.0 PALLIATIV ENHET

”Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet” (Standard for palliasjon 2004)”.

Pasienter med langtkommen sykdom og kort forventet levetid kjennetegnes av en rekke plagsomme symptomer. Sykdomsbildet er ofte sammensatt og har store individuelle variasjoner. God behandling stiller derfor store krav både til pleie og medisinsk kompetanse. Oftest er det behov for samtidig innsats både fra pårørende og flere faggrupper innenfor kommunen og spesialisthelsetjenesten. Målet er å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet, og ta hensyn til pasient og pårørendes behov.

Østre Toten kommune er en mellomstor kommune med sine knapt 15.000 innbyggere. Det kan forsvare en egen lindrende enhet. Organisatorisk bør enheten ligge under sykehjemmet.

Oppgavene til enheten vil være:

- Korttidsplass for justering av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av videre oppfølging
- Korttidsplass for avlastning
- Kort- eller langtidsopphold for symptomlindrende behandling, pleie og omsorg ved livets slutt

For å kunne skape forutsigbarhet og trygghet må det forutsettes at avdelingens plasser skal benyttes til denne pasientgruppen. Situasjonen til pasienter i palliativ fase kan forandre seg raskt. Det krever smidige løsninger og fleksibilitet, slik at unødvendig venting på plass unngås.

9.1 Personal og kompetanse:

Enheten må både faglig og utstyrmessig være tilpasset pasienter som har behov for lindrende behandling på høyt nivå. Skal en palliativ spesialenhet ivareta sine oppgaver på tilfredsstillende måte, kreves både økt bemanning og økt bruk av kostnadskreven symptombehandling.

Å arbeide med pasienter i livets slutfase, og å følge opp pårørende, kan være krevende. Det at arbeidsgiver tilbyr veiledning til denne personellgruppen, kan være et godt forebyggende tiltak for å hindre utbrenthet.

9.2 Finansiering av tiltakene

Kreftplanen inneholder ikke en kostnadsplan for hvert innsatsområde. Finansieringen og gjennomføringen av tiltakene må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenestenes totale budsjettramme, og omstrukturering av dagens kapasitet, tjenestetilbud og tjenestenivå. Det vises blant annet til egen rapport og utredning fra Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO).

10.0 VEIEN VIDERE

Kommunene har en tverrfaglig og sterk sammensatt bemanning blant sitt helsepersonell. Flere har videreutdanning innen områder som palliasjon, rehabilitering og geriatri. Det er en svakhet når ressursene ikke brukes, og at de som har økt sin kompetanse gjennom videreutdanning, likevel arbeider i ordinære stillinger uten avsatt tid til å benytte sin kompetanse.

Tiltak som arbeidsgruppen vil anbefale at det arbeides videre med:

- Øke satsningen på forebyggende kreftarbeid overfor barn og unge
- Styrke samarbeidet mellom helse og omsorgsavdelingen gjennom felles møtesteder og samarbeidsarenaer. Samarbeidet bør starte og utformes på ledernivå
- Videreutvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og palliativt team
- Fristille kommunens kontaktsykepleiere til 20 % arbeid med kreftpasienter og andre alvorlig syke per uke.
- Det bør arbeides videre med sterk vektlegging av kompetanseheving og kartlegging av behovet for nye ressurser innen palliativ behandling
- At det arbeides videre med realisering av et palliativt tilbud i kommunen i form av palliativ enhet (Interkommunalt samarbeid kan drøftes). Herunder styrking av legetjenesten ved sykehjemmet

Disse tiltakene vil ha betydning for iverksetting av planens øvrige forslag til tiltak innen forebyggende arbeid, styrket kreftomsorg og samhandling både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

11.0 LITTERATURHENVISNINGER OG NETTADRESSER

De nasjonale føringene for kommunale kreftplaner gir klare anbefalinger for en styrket kreftomsorg. I arbeidet med Østre Toten sin kreftplan har vi benyttet oss av følgende litteratur:

- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, 12/2007
- Samhandling. Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter, 4/2007
- Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste
- Standard for palliasjon 2004. Den norske lægeforening
- Stortingsmelding nr.16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge
- NOU 1999:2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende
- NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan
- Jordhøy, Marit Slaaen (2003) The impact of comprehensive palliative care. Trondheim: NTNU, Institutt for kreftforskning og molekylær medisin
- Eide og Aadland (2008) Etikkhåndboka, kommuneforlaget
- Kreftplan i Gjøvik kommune (2008)
- Handlingsplan for lindrende behandling i Vefsn kommune (2006)
- Reitan og Schjølberg (2004) Kreftsyrkepleie

Noen nyttige linker:

www.kreftforeningen.no
www.kreftsenteret.no
www.shdir.no
www.montebello-senteret.no
www.palliasjon.no
www.cancercare.org
www.rikshospitalet.no
www.sykehuset-innlandet.no
www.regjeringen.no
www.undervisningssykehjem.no

Kreftforeningen forvalter flere legater og gaver som har som formål å yte støtte til kreftpasienter som har fått økonomiske vanskeligheter på grunn av sykdom og behandling. For informasjon om andre legater, se:

www.legatsiden.no
www.legathandboken.no
www.norsk.lysningsblad.no



Østre Toten kommune

www.ostre-toten.kommune.no