

# ARBEIDSNOTAT

## Kreft og lindring i Værnesregionen

Økt kompetanse og økt samhandling om felles utfordringer

Irene Moan Pettersen  
Karin Dybvad Storflor  
Rigmor Wostryck  
Karin Torvik



# Kreft og lindring i Værnesregionen

Økt kompetanse og økt samhandling om felles utfordringer

Irene Moan Pettersen  
Karin Dybvad Storflor  
Rigmor Wostryck  
Karin Torvik



Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Arbeidsnotat nr 248  
ISBN 978-82-7456-662-0  
ISSN 1501-6285  
Steinkjer 2012



Referansegruppe: Synnøve Kvalvik, Elisabeth Meldal, Heidi Lundemo, Karen Margrete Gullikstad, Kristin Grendstad, Sissel Waagan, Aase Uthus, Gunhild Barane og Siv Anne Bergehau

Nøkkelord: kreft, lindring, interkommunalt nettverk, kommunehelsetjeneste, kompetanseheving

## FORORD

Prosjekt kreft og lindring kom i gang som følge av at Stjørdal kommune ble Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i 2010. Prosjektet er finansiert ved midler fra Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Nord - Trøndelag. Hovedmålsettingen er å øke tjenestens kompetanse, og å styrke samhandling om felles utfordringer ved kreft og lindring i Værnesregionen. Arbeidsnotatet viser hva vi har gjort for å nå målet om å øke omsorgstjenestens kompetanse, og økt samhandling om felles utfordringer ved kreft og lindring i Værnesregionen.

Arbeidsprosessen har vært utfordrende og lærerik, samtidig som den har vært tidkrevende. Under hele prosessen har vi hatt kollegaer og ledelse som har støttet og oppmuntret oss, noe som har hatt stor betydning for det endelige sluttresultatet.

## SAMMENDRAG

Kreft er en av de diagnoser som forventes å øke mest i årene framover. Samtidig lever flere lengre med sin kreftsykdom. Lindrende behandling, pleie og omsorg uavhengig av diagnose krever høy kompetanse. Samhandlingsreformen medfører større ansvar innen kommunehelsetjenesten. Dette krever god kompetanse i kommunene innen fagfeltet kreft og lindring.

**Formål:** Gjennom prosjektet ønsker vi å øke omsorgstjenestens kompetanse, samt å styrke samhandling om felles utfordringer ved kreft og lindrende behandling i Værnesregionen. Vi ønsker å legge forholdene til rette i kommunehelsetjenesten slik at denne brukergruppen skal få et helhetlig og individuelt tilbud i eget hjem eller nærmest mulig hjemmet.

**Metode:** Vi startet med å etablere et interkommunalt fagnettverk i Værnesregionen, som består av kommunene Meråker, Selbu, Stjørdal og Tydal.

Enhetslederne i hver kommune ble informert om prosjektet, og utnevnte selv representanter til nettverksgruppa. Rammene for nettverksgruppa er satt etter mal fra den kommunale «Lindrendegruppa» i Stjørdal kommune.

Videre laget vi et praktisk oppslagsverk til bruk i det daglige kliniske arbeidet innen fagfeltet kreft og lindrende behandling i kommunehelsetjenesten. Dette er basert på tidligere utgitt fagstoff.

Underveis i prosjektet var vi på studiebesøk, og deltok på kursdager for egen faglig oppdatering.

**Resultat:** Det interkommunale nettverket, Lindrendegruppa Værnesregionen ble etablert i en tidlig fase. Den består av kreftsykepleiere og krefthjelpere fra kommunene i

Værnesregionen. Medlemmene er godt motiverte for videre samarbeid og utvikling innen fagfeltet, og fungerer som ressurspersoner på sin arbeidsplass/ i sin kommune. Lindrendegruppa Værnesregionen har hatt 5 møter i prosjektperioden.

Vi har laget en ringperm. Den inneholder 11 deler som igjen er delt opp i flere emner. Permen gir en kortfattet og oversiktlig veiledning på symptomlindring og aktuelle tema innenfor kreft og lindrende behandling. Under flere emner er det lagt med vedlegg. Vedleggene er ment som informasjon og praktiske arbeidsredskap i forhold til de emner som omtales. Permen inneholder ikke prosedyrer. Vi ser for oss at permen etter hvert blir tilgjengelig på nettet.

**Avslutning:** Kreft og lindrende behandling er et stort og mangfoldig fagområdet, og i kommunehelsetjenesten møter vi brukere i alle faser av sykdommen. Vi har sett at behovet for økt kompetanse og samhandling absolutt er tilstede. Gjennom prosjektet mener vi å ha lagt forholdene godt til rette for økt kompetanse og styrket samhandling både kommunalt og interkommunalt om felles utfordringer i møte med disse menneskene. Det vil være viktig at dette fokus fortsetter også etter at prosjektperioden er over.

# INNHOOLD

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1.0 INNLEDNING</b> .....                                        | 6  |
| 1.1 Hva har vi.....                                                | 6  |
| 1.1.1 Kommunene i Værnesregionen helse.....                        | 6  |
| 1.1.2 Lindrendegruppa Stjørdal kommune.....                        | 8  |
| 1.1.3 Værnesregionen Distriktsmedisinske Senter (VR DMS).....      | 8  |
| 1.2 Samhandlingsreformen.....                                      | 9  |
| 1.3 Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester.....          | 10 |
| 1.4 Hovedmålsetting for prosjektet.....                            | 11 |
| 1.4.1 Definisjoner.....                                            | 12 |
| <b>2.0 METODE</b> .....                                            | 13 |
| 2.1 Faglig oppdatering.....                                        | 13 |
| 2.1.1 Kreftpoliklinikk i Fosen, Rissa.....                         | 13 |
| 2.1.2 Meråker kommune.....                                         | 13 |
| 2.1.3 Kreftforeningen.....                                         | 13 |
| 2.1.4 Deltakelse på kurs.....                                      | 13 |
| 2.2 Praktisk arbeidsfase.....                                      | 14 |
| 2.2.1 Brukerrepresentant.....                                      | 14 |
| 2.2.2 Interkommunalt nettverk/ Lindrendegruppa Værnesregionen..... | 14 |
| 2.2.3 Presentasjon av prosjektet i en tidlig fase.....             | 15 |
| 2.2.4 Arbeidet med oppslagsverket.....                             | 15 |
| <b>3.0 RESULTAT</b> .....                                          | 16 |
| 3.1 Etablering av Lindrendegruppa Værnesregionen.....              | 16 |
| 3.1.2 Tema på møtene.....                                          | 16 |

|                                                            |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2 Ferdigstilling av perm « Kreft og Lindring».....       | 17        |
| 3.2.1 Hvordan bruke perm.....                              | 17        |
| 3.2.2 Permens innhold.....                                 | 18        |
| <b>4.0 DISKUSJON.....</b>                                  | <b>21</b> |
| 4.1 Sammensetningen av Lindrendegruppa Værnesregionen..... | 21        |
| 4.2 Valg av brukerrepresentant.....                        | 22        |
| 4.3 Praktisk oppslagsverk.....                             | 22        |
| 4.3.1 Valg av emner.....                                   | 23        |
| 4.4 Forankring i ledelsen.....                             | 24        |
| <b>5.0 SPREDNING.....</b>                                  | <b>24</b> |
| <b>6.0 AVSLUTNING.....</b>                                 | <b>25</b> |
| <b>7.0 VEIEN VIDERE.....</b>                               | <b>25</b> |
| <b>Litteraturliste.....</b>                                | <b>27</b> |

## **1.0 INNLEDNING**

27 520 mennesker i Norge fikk kreft i 2009. Ved utgangen av samme år var nær 200 000 i live etter å ha fått minst en kreftdiagnose. Det er en økning på over 60 000 personer siden 1999 (Kreftregisteret 2009).

Man regner med en fortsatt stigning i antall nye krefttilfeller. Delvis er dette ut i fra økning av antall eldre i befolkningen, men cirka halvparten av forventet økning skyldes andre forhold. Antall pasienter med langtkommen kreftsykdom ventes derfor å øke dramatisk (Kaasa 2008).

Nye utrednings - og behandlingsmetoder, og mer individuelt tilpasset behandling fører til at flere lever lengre med sin kreftsykdom. Til tross for disse fremskrittene, dør halvparten av kreftpasientene av sin sykdom (Wist 2009). Tallene ovenfor viser en økning i antall som får kreft, og antall som lever lengre med sin kreftsykdom. Statistikk viser at hjerte- og karsykdommer og kreft er de vanligste dødsårsakene i Norge (Folkeinstituttet 2011). Dette medfører at mange pasienter lever med plager som ikke kan kureres, men som kan lindres. Samhandlingsreformen fører til at mange av pasientene får lindrende behandling for sin kreftsykdom av kommunehelsetjenesten.

Vi mener derfor det er viktig å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten på disse områdene.

En stor del av det vi jobber med i kommunene er lindrende behandling. Høy kompetanse innen dette fagfeltet er en nødvendighet. Lindrende behandling skjer uavhengig av diagnose. Mye av fagstoffet i prosjektet er hentet fra lindrende behandling ved avansert kreftsykdom, fordi det meste av litteratur som omhandler lindring er knyttet opp mot kreft.

Arbeidsform, tankegang og teknikker vil være overførbart til andre kroniske, uhelbredelige eller dødelige sykdommer.

Formålet med prosjektet er å legge forholdene til rette i kommunehelsetjenesten for at kreftpasienter og andre med behov for lindring skal få et helhetlig og individuelt tilbud i eget hjem eller nærmest mulig hjemmet.

Rapporten vi har skrevet viser hva vi har gjort for å øke omsorgstjenestens kompetanse, og for å styrke samhandling om felles utfordringer ved kreft og lindrende behandling i Værnesregionen.

### **1.1 Hva har vi?**

Målgruppa for prosjektet er helsepersonell i Værnesregionen som jobber med kreft og lindrende behandling.

#### **1.1.1. Kommunene i Værnesregionen helse**

Værnesregionen Helse består av kommunene Meråker, Selbu, Stjørdal og Tydal. Meråker og Stjørdal ligger i Nord- Trøndelag fylke, mens Selbu og Tydal tilhører Sør- Trøndelag fylke. Strategier i Værnesregionen er blant annet å samarbeide om tjenesteproduksjon der det



sikrer best mulig kvalitet, effektivitet og kompetanse på kommunenes tjenester til innbyggerne. Samarbeidet ble etablert april 2011.

Vi startet med å gjøre en kartlegging på hva som fantes av kompetanse i forhold til kreft og lindring i vår egen kommune og i Værnesregionen. Vi så også på innbyggertall, årsverk i omsorgstjenesten og antall sykehjems- og bosenter plasser for å bli bedre kjent med de andre kommunene.

### Meråker kommune

Kommunen har ca 2500 innbyggere. Omsorgstjenesten har 98.03 årsverk. Kommunen har ett sykehjem med plass til 40 beboere.

I kommunen jobber en kreftsykepleier i 75 % stilling i hjemmetjenesten. I tillegg jobber hun 25% som kreftkoordinator.

På sykehjemmet jobber en kreftsykepleier i 80 % samt en krefthjelpepleier i 70 % stilling.

### Selbu kommune

Kommunen har cirka 4000 innbyggere. Omsorgstjenesten har 70 årsverk. I kommunen er ett sykehjem med plass til 45 beboere.

Kommunen har en kreftsykepleier i 100 % stilling og en krefthjelpepleier i 70 % stilling. De jobber både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

### Stjørdal kommune

Stjørdal kommune er med sine 22 000 innbyggere den kommune i Nord Trøndelag med flest innbyggertall. Totalt er det, per februar 2012, 430 årsverk i etat omsorg. Kommunen har 60 sykehjemsplasser, og 5 bosenter med tilsammen 170 brukere.

Hjemmesykepleien er delt i fire soner. Sentrumssonen har ca 11 000 innbyggere. De andre tre er mindre med 2-3000 innbyggere. Tjenesten har felles nattevakt, ellers er sonene delt på de andre vaktene. Sentrumssonen har en kreftsykepleier i 100 % stilling, og i en av de mindre sonene jobber en kreftsykepleier i 75 % stilling.

Kommunen har hatt kreftkoordinator i 75 % stilling siden 1994. Kreftkoordinator jobber i tillegg 50 % nattevakt ved Seksjon Lindrende Behandling, St. Olavs Hospital.

Kreftkoordinator har over flere år bygd opp en bred kompetanse innenfor lindrende behandling hos helsepersonell i kommunen, og vi har en oppfatning av at kompetansen på avansert lindrende behandling er god i vår kommune.

Kreftkoordinator er administrativt underlagt sentrumssonen i hjemmetjenesten, men hun jobber på tvers av soner og hjemmetjeneste / institusjon.

Stjørdal kommune forholder seg til to sykehus, St. Olavs Hospital i Trondheim i Sør – Trøndelag og Sykehuset Levanger i Nord Trøndelag.

## Tydal kommune

Tydal kommune har cirka 870 innbyggere. Omsorgstjenesten har 24.5 årsverk. Kommunen har ett sykehjem med plass til 20 beboere. Kommunen har en kreftsykepleier som jobber i 100% stilling og to krefthjelpepleiere i 75% og 80% stilling. De jobber både på sykehjemmet og ute i hjemmetjenesten. Kreftsykepleier får frikjøpt tid til å jobbe med kreftomsorgen etter behov.

### **1.1.2. Lindrendegruppa Stjørdal Kommune**

Lindrendegruppa er en faggruppe i Stjørdal kommune. Den består av kommunens kreftkoordinator (leder) og ressurspersoner med interesse for lindring fra sonene, bosenter, Distriktsmedisinsk Senter (DMS) og sykehjemmet. Dette er kreftsykepleiere, sykepleiere, samt en krefthjelpepleier. Ressurspersonene er oppnevnt av enhetsleder. Medlemmene i Lindrendegruppa er ressurspersoner for kollegaer på egen enhet.

Det er et uttrykt mål for gruppa å utvikle best mulig samhandling om felles utfordringer ved lindrende behandling, og arbeide for at alle med behov for lindring får et individuelt og helhetlig tilbud i eget hjem, eventuelt nærmest mulig hjemmet.

Gjennom undervisning, erfaringsutveksling, refleksjon og drøfting skal Lindrendegruppa arbeide for å øke kompetansen innenfor dette tjenesteområdet i Stjørdal, og sikre samhandling mellom etater/tjenester.

Gruppa møtes 4-6 ganger i året fra klokken 13.00 til 15.00. Møtested går på rundgang til de forskjellige enhetene.

Møtearrangør skriver referat som sendes til alle i gruppa samt enhetslederne.

Neste møte avtales fra gang til gang. En i gruppa sender påminnelse på mail til medlemmene noen dager i forveien.

Det er forpliktende oppmøte, og avspasering er avtalt med enhetsleder når oppmøte skjer på fritid. Lindrendegruppa har eksistert i flere år. Det har vært lite utskiftninger og et stabilt, godt oppmøte.

### **1.1.3 Værnesregionen Distriktsmedisinske Senter (VR DMS)**

Som en følge av Samhandlingsformen hadde Distriktsmedisinsk Senter Stjørdal (DMS) oppstart 1. mars 2007, som et samarbeidsprosjekt mellom Stjørdal kommune, Helse Midt Norge og Helse Nord-Trøndelag.

1. april 2011 endret senteret navn til Værnesregionen DMS etter politisk vedtak om et interkommunalt samarbeid innen helse mellom kommunene Meråker, Selbu, Stjørdal og Tydal.

VR DMS har per i dag 16 heldøgnsenger. Disse er fordelt på 4 kommunale korttids plasser (administrert av Brukerkontoret Stjørdal), og 12 intermediære senger.

De kommunale korttids plassene brukes ofte til utredning/vurdering av hjelpebehov og generell opptrening. De intermediære pasientene kommer hovedsakelig fra Sykehuset

Levanger eller St.Olavs Hospital, Trondheim.

Noen eksempler på pasientgrupper er: Hjerter- karpasienter, lungepasienter, pasienter til smerteregulering, infeksjonspasienter, palliasjon til alvorlig syke pasienter, kreftpasienter i alle faser, geriatriske pasienter med sammensatte lidelser. Alle disse kan ha behov for lindrende behandling.

Mange av pasientene kommer til VR DMS for å fullføre allerede oppstartet behandling ved sykehuset. Målet for alle pasienter ved VR DMS, er at de skal utskrives til eget hjem.

Sengeposten tilbyr også dagbehandlinger som blodtransfusjoner, antibiotika- /væskebehandling, immunstyrkende behandlinger m.m. Dette i tråd med intensjonen for Samhandlingsreformen (se kapitel 1.2).

VR DMS har kreftsykepleier i 75 % og i 50 % stilling, samt krefthjelpepleier i 50 % stilling.

## **1.2 Samhandlingsreformen**

Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) ”Rett behandling – på rett sted - til rett tid,” Samhandlingsreformen, forutsetter at bedre samhandling er et av helse- og omsorgssektorens viktigste områder. Meldingen skisserer tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenestene:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
2. Tjenestene bærer preg av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

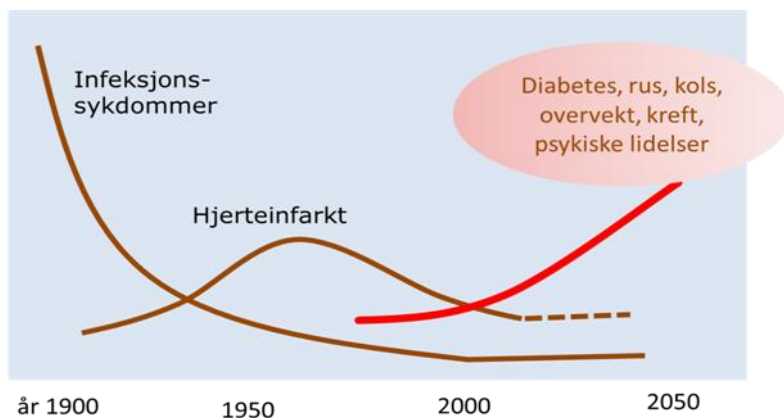
Kjernen i samhandlingsreformen er å søke å svare på de tre utfordringene påpekt ovenfor. Alle utfordringene krever helhetlige tiltak.

Et av hovedgrepene som skisseres i meldingen er en klarere pasientrolle gjennom gode helhetlige pasientforløp. I prosjektet ønsker vi å øke samhandlingen om felles utfordringer ved kreft og lindrende behandling.

Eksempel på fremtidig kommunal oppgaver er:

- Tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering.

Figur nr 1 illustrerer hvilke diagnoser som forventes å øke mest i årene framover. Her ser en at antallet krefttilfeller er økende.



Figur 1 Fra St.melding nr 47 (2008-2009)

Som et resultat av Samhandlingsreformen skrives pasientene tidligere ut fra sykehus. Pasientene er definert som utskrivningsklare, men ikke nødvendigvis ferdigbehandlete. Dette krever god/økt kompetanse innen kreft og lindring i de enkelte kommunene, da flere vil trenge fortsatt behandling i hjemkommunen etter utskrivning fra sykehus. Et av hovedmålsettingene for prosjektet er å øke omsorgstjenestens kompetanse innenfor palliativ og kurativ behandling i Værnesregionen.

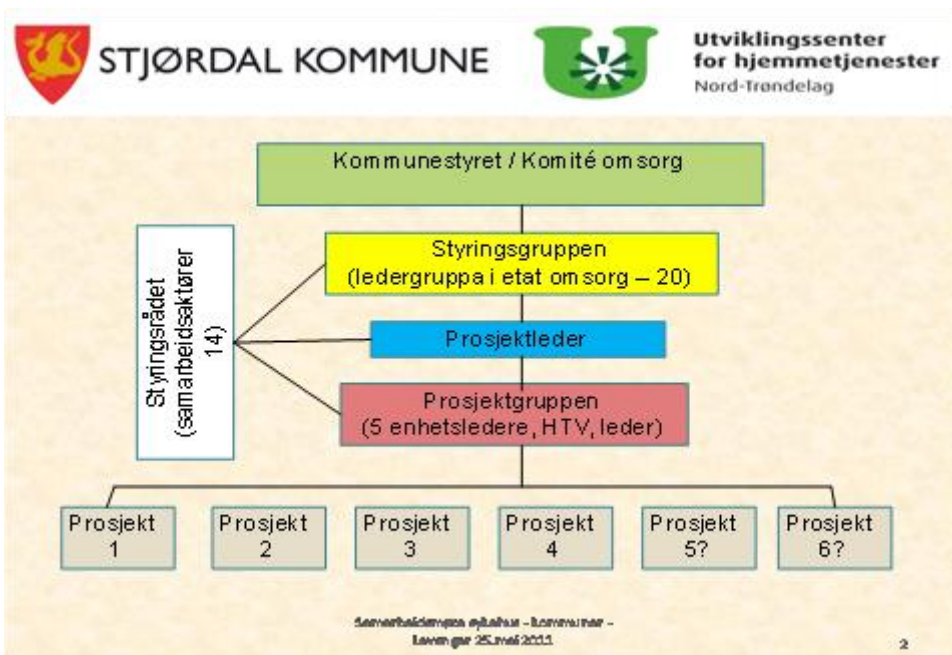
### 1.3 Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

Helsedirektoratet fikk i 2007 i oppdrag å etablere tiltak med Undervisningshjemmetjenester i alle landets fylker. Visjon for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester er «Utvikling gjennom kunnskap».

I vår kommune ble det viktig å få i stand en organisasjon som kunne stå for utviklingen av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Det ble besluttet å etablere 3 nivå i prosjektorganisasjonen:

- Styringsgruppe
- Prosjektgruppe
- Styringsråd

Dette er skissert i figur 2 nedenfor. Hele prosjektet med utviklingscenter er forankret politisk hos kommunestyret og kommunens fagkomite, komite omsorg. Likedan er det forankret administrativt på toppnivå hos rådmannen og hos etatsjef omsorg med sine enhetsledere.



Figur 2: Organisering av Utviklingssentret i Stjørdal kommune.

I 2010 ble det igangsatt 4 ulike prosjekt i utviklingssenteret i Stjørdal kommune. Vårt prosjekt «Kreft og Lindring», var ett av dem.

Prosjekt Kreft og Lindring er organisert slik:

- 3 kreftsykepleiere har jobbet med prosjektet i 20 % stilling hver i perioden 01.10.10 – 31.05.2011 og 01.09.2011 – 31.12.2011.
- 2 av stillingene er finansiert gjennom Utviklingssenter for hjemmetjenester, Nord Trøndelag, som prosjektkoordinatorer. Kreftkoordinator i kommunen har brukt 20 % av sin stilling til prosjektet.
- I arbeidet med å skrive sluttrapport har 2 prosjektkoordinatorer jobbet i 20% stilling hver i 16 uker.

Gjennom hele prosjektperioden har vi forsøkt å jobbe 2, enkelte ganger 3 dager sammenhengende. Dette til dels av praktiske årsaker, men også fordi vi fant det mer effektivt og kom godt inn i faget og arbeidsformen.

#### 1.4 Hovedmålsetting for prosjektet

Helsedirektoratet oppfordrer utviklingssentrene til å etablere interkommunale samarbeid og fagnettverk (Helsedirektoratet 2010). Dette være seg samarbeid innad i kommunen, mellom kommuner og mellom forvaltningsnivå.

Utviklingssentrene skal også være pådrivere for kompetanseutvikling hos ansatte (Helsedirektoratet 2010).

Formålet med prosjektet er å legge forholdene til rette for at kreftpasienter og andre med behov for lindring skal få et individuelt og helhetlig tilbud i eget hjem eller nærmest mulig hjemmet.

Hovedmålsettingen for vårt prosjekt ble som følger:

- Samhandling om felles utfordringer ved kreft og lindrende behandling innen kommunen, i Værnesregionen og mellom kommune og sykehus
- Øke omsorgstjenestens kompetanse innenfor palliativ og kurativ behandling i Værnesregionen.

#### **1.4.1 Definisjoner**

For å få en felles forståelse for begrepene og hvilke pasientgrupper vi snakker om, valgte vi først å definere begrepene kurativ og palliativ/lindrende behandling.

##### Kurativ behandling

Målet med behandlingen er å kunne helbrede pasienten for den aktuelle lidelse (Kaasa 2008).

Dette vil hovedsakelig være kreftpasienter i aktiv behandling, og andre med tidsavgrenset smertebehandling eller annen symptombehandling (eks.: rygg smerter, brudd etc).

Disse pasientene vil være i hjemmet, på DMS, eventuelt på sykehjem.

##### Lindrende behandling

Definisjonen av palliasjon /lindrende behandling er hentet fra Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Sosial- og helsedirektoratet 2010). De refererer denne fra European Assosiation for Palliative Care, EACP, og Verdens Helseorganisasjon, WHO:

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

Lindrende behandling skjer ved sykehjem, bosenter, i hjemmet og på DMS.

## **2.0 METODE**

### **2.1 Faglig oppdatering**

Vi startet prosjektet med å dra på studiebesøk. Dette som en inspirasjon, idesanking og til en endelig bestemmelse for hvordan vi har gjennomført prosjektet vårt.

#### **2.1.1 Kreftpoliklinikk i Fosen, Rissa.**

Besøk på kreftpoliklinikk Fosen i Rissa var det første vi gjorde. Her hadde vi et to timers møte med onkolog og kreftsykepleier. Vi ønsket å høre deres erfaring med å etablere og å drive en kreftpoliklinikk utenfor sykehus. Poliklinikken får tilbakemeldinger fra pasienter og deres familie at det har stor betydning for dem å få behandling såpass nære hjemmet. Det sparer reisetid, gir en nærhet til pasienten og hans hjemmeforhold og ikke minst representerer det trygghet at denne kompetansen er så nært.

Dette møte ble til stor inspirasjon og satte i gang flere ideer hos oss i prosjektgruppa.

#### **2.1.2 Meråker kommune**

I vår nabokommune, Meråker, visste vi at det var gjort et prosjekt på lindrende behandling. Vi inviterte derfor oss selv dit og hadde et 2 timers møte med prosjektleder og krefthjelpepleier. Meråker er med i Værnesregion. Vi ønsket å se på hva de hadde gjort i sitt prosjekt som idesanking for eget arbeide, samt å presentere våre tanker om å etablere et nettverk innenfor lindrende behandling i Værnesregionen. Meråker var umiddelbart positiv til et slikt samarbeid.

#### **2.1.3 Kreftforeningen**

Kreftforeningen er en viktig samarbeidspartner innen kreftomsorgen. Vi fikk avtale om studiebesøk på lokalene til Kreftforeningen i Trondheim. Her hadde vi møte med lederen og 2 konsulenter. Vår intensjon med dette besøket var å diskutere våre tanker omkring eget prosjekt, og å få informasjon om deres arbeide. Etter dette møtet fikk vi bekreftet våre tanker om prosjektet, og vi tok den endelige bestemmelse på prosjektets innhold.

#### **2.1.4 Deltakelse på kurs**

Underveis i arbeidsprosessen har vi på prosjektdagene gjennomført møter i Lindrendegruppa i Stjørdal kommune og Værnesregionen.

Vi har deltatt på følgende kurs for å øke egen kompetanse:

- Introduksjonskurs til forskning og prosjektarbeid ved Karin Torvik, Senter for Omsorgsforskning, Midt Norge.
- 2-dagers kurs i Avansert Lindrende Behandling ved St.Olavs Hospital.

- Fagdager i regi av Kompetansenettverk i Nord Trøndelag for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling (NKLB) Tema: Depresjon hos kreftpasienter og Kreftpasienter i fysisk aktivitet.
- Temakveld (NKLB): Lungekreft v/ onkolog S. Sundstrøm, St. Olav Hospital.
- Fagseminar om Neuroendokrine Svulster, arrangert av Kompetansesenteret for neuroendokrine svulster og Norsk Neuroendokrint Sykepleier Forum.

## **2.2 Praktisk arbeidsfase**

Vi endte opp med et todelt prosjekt. Begge deler er likeverdige:

- Utvikle/styrke samhandling innen lindrende behandling i Værnesregionen ved å etablere en Lindrendegruppe.
- Kompetanseheving blant helsepersonell ved å lage et praksisnært oppslagsverk relatert til vårt daglige arbeide innenfor kreft og lindring.

### **2.2.1 Brukerrepresentant**

Vi startet først med å velge brukerrepresentant for prosjektet. Det var viktig for oss at vedkommende bodde eller hadde bodd i vår kommune, og dermed hadde vært bruker av våre tjenester. Kreftkoordinator har god oversikt og kom med flere forslag som vi diskuterte i prosjektgruppa. Vi endte med å forespørre en kvinne i 40-årsalderen som selv har hatt kreft tre- fire år tilbake. Hun hadde i den forbindelse kontakt med kommunens kreftsykepleier. I tillegg har hun vært nær pårørende til kreftsyk som døde i hjemmet, og som da hadde hjelp fra hjemmesykepleien i vår kommune. Brukerrepresentant er mor til barn og ungdom. Hun har derfor også erfaring med barn /ungdom som pårørende.

Brukerrepresentant ble invitert på møte i prosjektgruppa tidlig i denne arbeidsfasen, og hun fikk informasjon om vårt prosjekt. Hun ble senere invitert to ganger underveis i vårt arbeid slik at hun jevnlig ble informert om framdriften i prosjektet og derfor fikk muligheten til å påvirke arbeidet.

### **2.2.2 Interkommunalt nettverk/ Lindrendegruppa Værnesregionen**

For å utvikle samhandling innen lindrende behandling i Værnesregionen startet vi først med å etablere et interkommunalt nettverk. Vi tok kontakt pr telefon med enhetslederne i hver kommune. Vi skisserte rammer og målsetting ut i fra Lindrendegruppa i Stjørdal kommune (se kapitel 1.1.2). Vi hadde i utgangspunktet ønske om 2-3 personer fra hver kommune med interesse for lindrende behandling inn i denne gruppa.

I januar 2011 inviterte vi til et møte med de utnevnte ressurspersonene fra Meråker, Selbu og Tydal. Hensikten var å informere om prosjektet og få etablert en lindrendegruppe i Værnesregionen. På deler av møtet deltok også Lindrendegruppa i Stjørdal kommune og brukerrepresentanten i prosjektet.

- Nettverket Lindrendegruppa Værnesregionen ble etablert.



### 2.2.3 Presentasjon av prosjektet i en tidlig fase

Høsten 2010 presenterte vi prosjektet:

- Presentasjon av prosjekt på plakat og ved tilstedeværelse på stand på Torgkvartalet kjøpesenter under Rehabiliteringsuka 2010.
- Besøk av to kreftsykepleiere og en krefthjelpesleier fra Meråker kommune med ønske om informasjon om vårt prosjekt.
- Møte med kreftsykepleier og en leder fra Os/Røros/Holtålen som ønsket informasjon om prosjektet.

### 2.2.4 Arbeidet med oppslagsverk

Det var tidlig enighet om at prosjektet konkret skal kunne ut i en perm, ment som et praktisk og lett tilgjengelig oppslagsverk, i lindrende behandling for alt helsepersonell i Værnesregionen. Permen ønsket vi å lage som en ringperm, slik at hver enkelt kommune kan tilpasse den etter behov.

Vi valgte å ikke legge vekt på praktiske sykepleieprosedyrer som er aktuelle innen fagfeltet. Dette fordi det skjer raske endringer innen de ulike fagfelt, og Praktiske Prosedyrer i Sykepleie (PPS) anbefales brukt ([demo.ppsnett.no](http://demo.ppsnett.no))

Vi tok utgangspunkt i allerede eksisterende oppslagsperm "Ideperm" utgitt av Kreftforeningen, og brukte denne som mal for oppbygging av permen i vårt prosjekt. Etter forespørsel hos Kreftforeningen fikk vi bruke permen fritt i prosjektet.

I tillegg er mye av fagstoffet hentet fra heftet "Lindring i Nord" (UNN) utgitt av Kompetansesenter for Lindrende behandling, Universitetssykehuset i Nord Norge og "Omsorg for døende kreftpasienter i hjemmet" utgitt av Den Norske Kreftforening. "Lindring i Nord" er bygget på "Retningslinjer for smertebehandling i Norge" utgitt av Den Norske Legeforening og "Nasjonale retningslinjer for palliasjon". Heftet er kortfattelig og praktisk oppbygget, og lett å bruke i hverdagen.

I november 2010 startet vi gjennomgang av «Idepermen» og «Lindring i Nord». Disposisjon til innhold i permen ble laget.

Vi innhentet kartleggingsverktøy og informasjonsmateriale, som allerede er i bruk i kommunen, samt aktuelle brosjyrer fra Kreftforeningen. Disse vil følge som vedlegg i permen.

Vi jobbet aktivt med permen. Skrivning og emner ble fordelt.

En del av tiden gikk med til konstruktive diskusjoner på innhold, vedlegg og utforming av permen.

Første utkast av permen var klar og ble presentert i Styringsgruppa for Utviklingscenter for hjemmetjenester, Nord-Trøndelag mai 2011.

Brukerrepresentant hadde da i forkant hatt permen til gjennomsyn.

### **3.0 RESULTAT**

#### **3.1 Etablering av Lindrendegruppa Værnesregionen.**

Prosjektgruppa og ressurspersoner fra de andre kommunene i Værnesregionen møttes første gang i januar 2011. Prosjektgruppa informerte om prosjektet og hensikten med å starte nettverksgruppe i lindrende behandling i Værnesregionen. Møtet ble arrangert på Stjørdal. På deler av møtet var også Lindrende gruppa i Stjørdal kommune. De delte sine erfaringer med det kommunale fagnettverket.

Alle kommuner var positiv til dette fagnettverket i Værnesregionen. Det ble avtalt tid og sted for neste møte. Vi har i prosjektperioden hatt møter i alle kommunene.

Lindrendegruppa Værnesregionen består av to og tre personer fra hver av kommunene i samarbeidet. Disse er valgt ut av sine respektive ledere.

Fra Meråker er det en kreftsykepleier i som jobber som kreftkoordinator en dag i uka og i tillegg jobber i hjemmetjenesten. Samt en kreftsykepleier og krefthjelpeleier som jobber ved sykehjemmet.

Fra Selbu kommune en kreftsykepleier og en krefthjelpeleier som jobber både ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

Fra Stjørdal er det vi i prosjektgruppa. Vi er all tre kreftsykepleiere, en jobber som kreftkoordinator i kommunen samt ved SLB, St. Olavs Hospital, en ved hjemmetjenesten og en ved DMS.

Fra Tydal er det en kreftsykepleier og to krefthjelpeleiere. De jobber både ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

##### **3.1.1 Tema på møtene**

Som tema på møtene har vi tatt opp samarbeid innad i de enkelte kommunene innenfor lindrende behandling og «når er nok, nok?» - når bør livsforlengende behandling begrenses, hva er livsforlenging/symptomlindring ved langtkommen sykdom?

Vi har hatt praktisk gjennomgang og erfaringsutveksling av nye smertepumper, da DMS, Tydal og Meråker har kjøpt inn Niki- smertepumper.

Vi har også tatt opp case som viser hvordan kreftkoordinator i Stjørdal kommune jobber. Dette i forhold til å undervise personalet, kontakt med pasienten, forberede familien og samarbeid med 2.linjetjenesten.

Gruppa har laget rammer for fagnettverket og fått det formelle på plass:

- Vi møtes fire ganger i året. Dette ble diskutert i gruppa, og vi kom til enighet om hva vi syntes var praktisk gjennomførbart i hverdagen. For å ha en viss kontinuitet mente

vi det minst burde være to møter i halvåret. Vi har satt opp en møteplan for et år framover.

- Møtetid er klokka 13.00 – 15.00. Dette er et praktisk tidspunkt da det er lettere å gå fra eventuell dagvakt eller komme litt senere på kveldsvakt. I tillegg er det en viss geografisk avstand mellom kommunene (cirka 13 mil på det lengste), så det går noe tid på kjøring.
- Møtested går på rundgang mellom de respektive kommuner. Dette gjør at vi blir litt kjent med hverandres arbeidsplass. Vi har hatt omvisning på alle arbeidsplassene. Arrangør er referent, har ansvar for innkalling og valg av tema, og eventuelt bruk av ekstern foreleser. Hensikten med dette er at alle kommuner skal føle ansvar for driften av gruppa og at temaet skal være aktuelt og praksisnært for alle.
- Referat fra møtene sendes på e-post til gruppe medlemmene og deres nærmeste leder. Arrangør har ansvar for at referat blir sendt ut til alle i gruppa, og hver enkelt sender dette til sin nærmeste leder. Dette for at lederne holdes informert om hva som skjer i gruppa.

## **3.2 Ferdigstilling av permer «Kreft og Lindring»**

Vi har ferdigstilt 20 permer « Kreft og Lindring».

### **3.2.1 Hvordan bruke permen**

Permen er tenkt å være et praktisk arbeidsredskap for den tverrfaglige helsetjenesten i kommunen. Den er delt opp i emner hvor det er en kortfattet og oversiktlig veiledning på symptomlindring og aktuelle tema innenfor kreft og lindrende behandling. Under flere av delene er det med vedlegg og informasjonsbrosjyrer relatert til spesifikke emner som omtales. Disse er ment som informasjon og et praktisk arbeidsredskap.

Heftet « *Håndbok i lindrende behandling* » 2009 følger med permen. Det henvises til denne under flere av emnene.

Enkelte tema gjentas da de er knyttet opp til ulike emner, f.eks. kvalme, smerter, obstipasjon, ergo- fysioterapi. Det er ikke tenkt at permen skal leses fra A til Å, men at det slås opp på det emnet helsearbeider har behov for.

Permen har 88 sider som omtaler emner innenfor kreft og lindring. I tillegg cirka 40 sider vedlegg og brosjyrer knyttet til de ulike tema.

Det er laget forside, bakside og rygg med logo for Værnesregionen, Stjørdal kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste. Gjennomgangs farge er blå / lilla. Dette er gjort for å gjøre det lett gjenkjennelig i bokhylla.

Arkene er kopiert på tykt papir. Hvert ark er festet til hullforsterker og laget som en ringperm.

### 3.2.2. Permens innhold

Permen bygger på «Idebok for omsorg for den alvorlig syke og døende pasienten» (Omsorgsrådet 1997). En del av innholdet er også hentet fra «Håndbok i Lindrende behandling» (Universitetssykehuset i Nord- Norge 2009), og «Omsorg for døende kreftpasienter i hjemmet» (Den Norske Kreftforening 1993).

Permen er delt inn i 11 deler som inneholder emner. Innholdsfortegnelsen i permen gir en oversikt på disse.

#### Del 1 : Symptomlindring

Denne delen består av 19 emner. Emnene beskriver vanlige fysiske symptomer og behandling som vi møter innenfor kreft- og lindrende behandling. Ved flere av emnene henviser vi til « Håndbok i Lindrende Behandling» for mer utdyping.

Nedenfor er alle emnene innen symptomlindring vi har tatt med:

- Smerte, vedlegg er ESAS skjema og kroppskart, smertepumper / sjekkliste
- Obstipasjon og diare
- Munntørrhet / munnstell, vedlegg er Tilbud om tannhelsetjeneste
- Kvalme
- Dyspne
- Hoste
- Hikke
- Pleuravæske
- Hemoptyse
- Asites
- Lymfødem
- Ikterus
- Kramper
- Nyresvikt
- Urinveisobstruksjon
- Kløe
- Anemi og blødning
- Hyperkalsemi
- Sår, vedlegg er Retningslinjer for generell sårbehandling fra Norsk Interessefaggruppe For Sårheling

#### Del 2 : Ernæringsproblemer og kost

Innenfor lindrende behandling er ernæring ofte et problem. Vi har derfor tatt med dette som en egen del for å kunne gi helsepersonell bakgrunnskunnskap og å ha fokus på dette. Følgende emner omtales:

- Årsaker

- Ernæringsstilstand
- Kostråd

### Del 3: Psykisk smerte / psykisk omsorg

Alvorlig sykdom og trussel om død kan gi alle varianter av psykiske reaksjoner og behov for hjelp, både hos pasient og pårørende. Denne delen gir kort bakgrunnskunnskap for helsearbeider i møte med slike situasjoner, og i bruk av kommunikasjon i den lindrende behandlingen.

Følgende emner omtales:

- Krise – og sorgreaksjoner, vedlegg er Forsvarsmekanismer ved krisereaksjoner
- Depresjon og angst
- Delir / forvirring
- Råd ved psykisk omsorg
- Kommunikasjon som en del av den lindrende behandling, vedlegg er Spørsmål som åpner og lukker for kommunikasjon

### Del 4: Sosial smerte / sosial omsorg

Alvorlig og langvarig sykdom medfører ofte store forandringer sosialt og økonomisk for både pasienten og pårørende. I vår omsorg for pasienten og pårørende er det viktig å se hvordan familiens støttesystem fungerer. Og om nødvendig gi hjelp, samt formidle praktisk og økonomisk hjelp slik at situasjonen kan fungere så godt som mulig.

Vi har spesielt tatt med vedlegg som gir kortfattet bakgrunnskunnskap om barn som pårørende.

Denne delen inneholder følgende emner:

- Sosialt nettverk, vedlegg er Nettverkskart
- Barns situasjon, vedlegg er Sorgreaksjoner hos barn, Sorg hos barn / veileder til foreldre, Barns forståelse av døden, Aldersvariasjoner på barns reaksjon, Hjelp barn å bearbeide traumatiske opplevelser, Verktøy for kartlegging.
- Økonomi og Trygderettigheter, vedlegg er Legeerklæring / pleiepenger etter Folketrygdlovens §9-12, Hvor får du hjelp ved alvorlig sykdom

### Del 5: Åndelig og eksistensiell smerte / åndelig og eksistensiell omsorg

Omhandler menneskets åndelige og eksistensielle spørsmålstillinger i møte med alvorlig sykdom, døden og sorgen. Den inneholder følgende emner:

- Åndelige / eksistensielle spørsmålstillinger
- Trygghet og håp
- Ritualer og seremonier
- Andre religioner / kulturer

### Del 6: Omsorg for alvorlig syke og døende

Gir en kort innføring i det kliniske arbeidet med alvorlig syke og døende i lokalmiljøet. Den omhandler følgende emner:

- Pasienten
- Pårørende
- Tverrfaglig samarbeid rundt pasienten og pårørende
- Viktig spørsmål ved overgang sykehus/institusjon/primærhelsetjenesten
- Terminalfasen – de siste 48 timene
- Hjemmedød, her følger vedlegg Huskeliste til pårørende ved dødsfall i hjemmet

### Del 7: Ettersamtalen

Flere enheter i vår kommune har rutine på tilbud om ettersamtale etter hjemmedød / død ved institusjon. Hensikten med ettersamtalen, og hvordan denne gjennomføres er beskrevet. Som vedlegg følger: Eksempler på hva vi skal snakke om, Informasjon til etterlatte.

### Del 8: Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Denne delen presiserer det kommunale ansvaret når pasienten er hjemme. Lindrende behandling forutsetter god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og et godt tverrfaglig samarbeid innad i kommunen.

### Del 9: Nyttige vedlegg:

Her er det satt av god plass til å sette inn vedlegg / brosjyrer.

Vi har lagt ved:

- Informasjon om cytostatika
- Håndtering av cytostatika avfall, om strålebehandling, Hva er kreft, Beskrivelse av en del undersøkelser ved utredning av sykdom.

Det er lagt ved «Sjekkliste – kreftomsorg / lindrende behandling, Stjørdal kommune». Denne danner grunnlaget for den praktiske opplæring / veiledning og kvalitetssikring av helsepersonellet som jobber innenfor fagfeltet.

Videre er det med brosjyre på fatigue, fysisk aktivitet og helsegevinst etter en kreftdiagnose. Kreftforeningens kurstilbud ved Montebello – Senteret og ved Røros rehabiliteringssenter, samt to informasjonshefter som omhandler når foreldre er alvorlig syk eller når foreldre dør.

### Del 10: Nyttige internett sider

Disse er tatt med til fordypning og mulighet til å følge med på kurstilbud og prosjekt / forskning som foregår innenfor lindrende behandling. Det gjøres endringer / tilføyelser etter den enkelte kommunes behov. Disse adressene er tatt med: Kreftforeningen, Kompetansesenteret for lindrende behandling i Helseregion midt, Verdighetscenteret, Onkolex (oppslagsverk for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft) og PPS.

## Del 11 :Anbefalt litteratur

Vi valgte å ta med et lite utvalg av grunnleggende litteratur innen kreftsykepleie og palliasjon. Dette er bøker som kan brukes som oppslagsverk og til fordypning i faget.

I tillegg anbefaler vi en bok fra kreftforeningen med tanke på rehabilitering.

Det er god plass til hver enkelt kommune å bestemme hva de ønsker å anbefale av litteratur

## **4.0 DISKUSJON**

### **4.1 Sammensetningen av Lindrendegruppa Værnesregionen**

Gjennom etableringen av Lindrendegruppa Værnesregionen er det dannet et nettverk med fokus på kreft og lindring på tvers av kommunene. Medlemmene er blitt godt kjent, og alle deltar engasjert i diskusjoner, kunnskaps- og erfaringsutveksling. Alle møter opp.

Vi kom tidlig i gang med nettverksgruppa, noe som ga oss mulighet til å drive gruppa gjennom hele prosjektperioden.

Gruppa består av ildsjeler fra de respektive kommuner i Værnesregionen.

En ildsjel er en person som er fylt av iver, begeistring og drivkraft ([thefreedictionary.com](http://thefreedictionary.com)).

Faren er at ildsjelen kan iverksette for mange ting på en gang slik at det ikke blir noe av noen ting. Det er også fare for utbrenthet.

Gjennom fordeling av ansvar for de enkelte møter og dets tema, får hver kommune mer ansvar for driften av gruppa. Ansvarsfordelingen kan hindre utbrenthet, da ikke alt faller på en person.

Samhandlingsreformen (HOD 2009) påpeker tverrfaglighet som en kommunal oppgave, samtidig som lindrende behandling krever involvering av ulike profesjoner (NAV, fysioterapeut, ergoterapeut etc).

Medlemmene i Lindrendegruppa Værnesregionen er krefthjelpepleiere og kreftsykepleiere.

Vi ser at vi ville ha fått et bredere spekter av fagkompetanse innad i gruppa dersom faggrupper som f.eks. fysio- og ergoterapeut hadde vært med. Det er lav terskel hos medlemmene i gruppa til å trekke inn samarbeidspartnere. God kunnskap om egen kommune gjør det lettere å vite hvem som har den nødvendige kompetansen.

Ved behov for annen spesialkompetanse kan Lindrendegruppa Værnesregionen få ekstern veiledning/ undervisning.

Sammensetningen av Lindrendegruppa Værnesregionen er et bevisst valg, fordi vi ønsket sykepleiefokus. Kreftsykepleier/ krefthjelpepleier i kommunen jobber ofte alene og har derfor behov for et nettverk som gir gjensidig kunnskapsutveksling, faglige diskusjoner og veiledning. Dette kan gjøre den enkelte tryggere i det daglige arbeidet, og kan i tillegg gi mer lik behandling for alle pasientene i Værnesregionen.

Utviklingssentrene oppfordres til samarbeid mellom kommuner om erfaringsdeling og felles fag-, kompetanse- og tjenesteutviklingstiltak (Helsedirektoratet 2010).

Hver kommune har flere medlemmer i gruppa. Noen jobber i institusjon, og andre i hjemmetjenesten. Dette ser vi som fordel med tanke på samhandling og faglige diskusjoner innad i den enkelte kommune. Samtidig blir det ikke så sårbart ved eventuelle fravær på møter.

Ulempen med å ha såpass mange medlemmer fra hver kommune, er at det ved møtedager vil kunne være flere på jobb som blir borte samtidig. Dette kan gjøre det sårbart for den enkelte arbeidsplass, og gå ut over brukerne.

## **4.2 Valg av brukerrepresentant**

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som omfatter både brukere og pårørende. Denne strategien legger til grunn at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker (Helsedirektoratet 2010).

Vi valgte vår brukerrepresentant på bakgrunn av sin brede «erfaring» som bruker av vår kommunes helsetjeneste. Hun har selv hatt kreft, er mor til barn / ungdom og var nær pårørende ved hjemmedød. Dette mente vi gjorde at hun kunne delta i diskusjoner og komme med nyttige innspill i forhold til hva hun opplevde som bra og ikke bra med kommunens tilbud. Vi så at hennes nærhet til tjenesten, kunnen gjøre det vanskelig å være ærlig i forhold til å komme med negative innspill overfor tjenesten. Dette fordi hun kjenner de ansatte i kommunehelsetjenesten godt. Vi var også klar over at vår brukerrepresentants utspill var subjektivt og representerte en bruker. Vi opplevde hennes innspill som nyttige og viktige i prosjektet.

Ingen av oss i prosjektgruppa har jobbet med prosjekt før. Og i ettertid ser vi at vi med fordel kunne ha valgt en brukerrepresentant som kommer fra et lag eller en organisasjon. Brukerrepresentant ville da ha representert flere. I dag ville vi ha vektlagt dette framfor kjennskap til tjenesten i kommunen. Vi tror at det å representere flere kan ha en større verdi for prosjektet enn den enkeltes erfaring.

## **4.3 Praktisk oppslagsverk**

Helsedirektoratets (2010) visjon og mål for Utviklingscenter for sykehjem og hjemme tjenester er «Utvikling gjennom kunnskap». Utviklingscentrene skal være en pådriver for kompetanseutvikling. En av hovedmålsettingene for vårt prosjekt var å øke omsorgstjenestens kompetanse innenfor kurativ og palliativ behandling i Værnesregionen. Dette gjorde vi ved å lage et praksisnært oppslagsverk relatert til vårt daglige arbeid innen kreft og lindring.

I dagens nettbaserte verden kan en perm tenkes å være «gammeldags». Men av erfaring vet vi at det ikke alltid er nett- tilgang, og ikke alle er komfortable med å slå opp på nettet for en rask gjennomlesing. Lett gjenkjennelige permer tror vi per i dag vil være raskest og lettest å slå opp i for alle i en travel hverdag. Permen vil gi muligheten til bedre og mer lik behandling



for alle pasienter i Værnesregionen.

I framtiden vil permen bli nettbasert og lettere tilgjengelig for alle helsearbeidere i Værnesregionen. Vi ser for oss at hovedansvaret for oppdatering av permen legges til kreftkoordinator stilling i kommunen.

#### **4.3.1 Valg av emner**

Alle medlemmene i prosjektgruppa er kreftsykepleiere med lang klinisk erfaring innen fagfeltet. Vi er klar over at dette kan gi lik tenkning og perspektiv, men vi jobber ved forskjellige enheter i kommunen og møter brukerne i ulike faser av sykdommen. Kreftkoordinator jobber også ved SLB, St. Olavs Hospital som er spesialist helsetjenesten innenfor lindrende behandling. I tillegg har vi alle jobbet ved sykehjem og sykehus i andre kommuner. Så selv om utdanning er lik, mener vi erfaring og tenkning likevel vil ha ulik påvirkning. Dette dro vi nytte av da vi diskuterte valg av emner.

Permen er beregnet på alle helsearbeidere som jobber med kreft og lindrende behandling i kommunen. Vi ser spesielt under deler av permen som omhandler tverrfaglighet at vi ville ha hatt nytte av annen fagkunnskap i prosjektgruppa. Dette ville nok ha ført til et større fokus, mer spesifisert og mer utdypende på disse emnene, tenker da spesielt på fysioterapi, ergoterapi.

Første del av permen, (del 1-6), samt noen vedlegg under del 9, inneholder de mest framtrepende symptomer vi møter i kreft og lindrende behandling.

Vårt utvalg av symptomer er sammen med egen klinisk erfaring tatt i fra «Idepermen»(1993) og «Lindring i Nord» (2009). Conno m.fl. (2009) gjorde en tverrsnittstudie på 3030 pasienter i 21 europeiske land som viser forekomst, intensitet og behandling av symptomer i en palliativ fase. Hovedsakelig var det kreftpasienter, men også nevrologiske, hjerte- og lunge sykdommer og AIDS var representert. Studien fant at symptomene som opptrådte hyppigst og var mest plagsomme var smerte, fatigue, generell og fokal slapphet, angst, søvn, depresjon, forvirring, tungpusthet, anorexi, obstipasjon, kvalme, oppkast, diare, kløe, hallusinasjoner, hikke og eventuelt andre symptomer. Det er også disse symptomene vi har lagt vekt på i permen.

En annen tverrsnittstudie (Bjordal m.fl. 2010) som omhandler helsearbeiderens vurdering av kreftpasientens symptom intensitet i en palliativ fase, viser også til de samme symptomene som Conno m.fl. Denne studien inkluderte 1933 pasienter og helsearbeidere ved 17 forskjellige enheter i 11 europeiske land.

At ny og internasjonal forskning er med på å bekrefte vår kliniske erfaring og kildevalg i forhold til hva som er de vanligste og mest plagsomme symptomer, mener vi er en styrke for troverdigheten av og aktualiteten for prosjektet.

Permen går lite i dybden på hvert enkelt tema, da den er tenkt å være en «førstehjelp» i det daglige arbeidet innenfor fagfeltet. Vi er klar over at den kan ha et sykepleiefaglig fokus, men

på tross av dette tror vi samarbeidspartnere innenfor kreft og lindring vil ha nytte av permen.

#### **4.4 Forankring i ledelsen.**

I «Utvikling gjennom kunnskap» (Helsedirektoratet 2010) står det at ledelsen ved sykehjemmet/ hjemmetjenestene har et særlig ansvar for å sørge for at det anvendes arbeidsmetoder som sikrer at den nyeste og beste kunnskapen implementeres i praksis. Utdanning, kompetanseutvikling og forskning er sentralt for å imøtekomme kravet om kunnskapsbasert praksis i sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingsarbeid i tjenestene er et viktig virkemiddel for å nå dette målet.

Prosjektmedlemmenes ledere sitter i styringsgruppa og i styringsrådet for prosjektet i vår kommune. De var selv med på å velge ut hvilke prosjekt kommunen skulle satse på. Våre ledere har under hele perioden vist stor interesse for prosjektet. De har vært støttende og vist velvilje i forhold til tilrettelegging av prosjektdager og møtevirksomhet rettet mot prosjektet.

Ledernes forståelse for viktigheten og nytteverdien av prosjektets sluttprodukt i form av oppslagspermer og nettverksbygging, har for oss vært en stor inspirasjonskilde.

Uten denne støtte og velvilje tror vi prosjektarbeidet hadde gått tyngre og ikke vært så lystbetont som det har vært.

Det å starte på ledernivå ved etableringen av Lindrendegruppa Værnesregionen var en bevisst strategi, for helt i starten å involvere ledelsen. Medlemmene i gruppa sier i dag at deres nærmeste leder er positiv til gruppa. Dette ser vi på som at gruppa er legitimert hos ledelsen i de andre kommunene. Dersom vi ikke hadde kontaktet lederne først, er det ikke sikkert gruppa hadde hatt den samme forankringen på ledernivå. Det ville gjort det svært vanskelig å drifte gruppa.

## **5.0 SPREDNING**

Permen er delt ut til alle medlemmene i Lindrendegruppa Stjørdal kommune og Lindrendegruppa Værnesregionen. Meråker, Selbu og Tydal har enkeltvis fått en grundig innføring i permen.

I vår kommune skal medlemmene i ressursgruppa, sammen med 1-3 kollegaer fra egen arbeidsplass, få en grundig innføring i permen. De vil så få ansvaret for å gjøre permen godt kjent på sin enhet. De vil også få ansvar for at permen er lett tilgjengelig, blir vedlikeholdt, eventuelt sette inn nye vedlegg, og at den blir brukt. Den som er i lindrendegruppa vil være hovedansvarlig på sin arbeidsplass.

Prosjektet er presentert på fagdag ved HINT, april 2012, arrangert av Nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg. Permene ble her etterspurt av andre kommuner i Nord –

Trøndelag. En nettutgave av permene vil sannsynligvis være enklest for distribuering av permene utover Værnesregionen. Ansvar for oppdatering nettsversjon må legges til samme stilling som har hovedansvar for papirversjon.

Vi har også tenkt å presentere prosjektet på fellesmøte for fastlegene i Stjørdal kommune.

Prosjektrapporten legges ut på HiNT`s rapporteringssystem. Vi ønsker å legge ut prosjektrapporten og permene på nettside i Stjørdal kommune, og nettside til VR DMS, samt på nettsidene for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Informasjon om lindrende gruppa Værnesregion ønsker vi å legge ut på nettside til Stjørdal kommune under link kreftomsorg og nettside til VR DMS

## **6.0 AVSLUTNING**

Vi har hatt som mål å øke omsorgstjenestens kompetanse i Værnesregionen innenfor palliativ og kurativ behandling, samt å øke samhandling om felles utfordringer innen dette fagfeltet.

Etablering av nettverksgruppa gir oss mulighet til å utveksle kunnskap og erfaring innen vårt fagfelt på tvers av kommunene i Værnesregionen. Vi ser allerede nå at dette nettverket har gitt oss nyttig erfarings- og kunnskapsutveksling, og gruppa er godt etablert og er legitimert gjennom lederne i de enkelte kommuner. Per i dag fungerer nettverksgruppa slik vi hadde som mål.

Vi har laget en perm som et praktisk oppslagsverk i det daglige arbeidet innen kreft og lindring i kommunehelsetjeneste. Opplæring og oppfølging i bruk av permene er ikke gjort i vår kommune. Dette er nødvendig for at oppslagsverket skal brukes og øke helsearbeiderens kompetanse. Gjennom prosjektet har vi lagt forholdene til rette for økt kompetanse, men dette er lite benyttet enda.

Det å jobbe med kompetanseheving vil være en kontinuerlig prosess som krever at noen er hovedansvarlig også etter endt prosjektperiode. I dag er dette basert på ildsjeler. Vi forslår derfor at dette tillegges kreftkoordinatorstillingen i kommunen.

Det å få permene nettbasert er noe vi ser fram til. Det vil gjøre den lettere tilgjengelig for alle, også utover Værnesregionen.

## **7.0. VEIEN VIDERE**

Etter prosjektets slutt vil være viktig å se til at det etablerte fagnettverket i Værnesregionen forsetter sin drift. Faren ved delt ansvar slik det er i nettverksgruppa nå, er at ansvaret pulveriseres og ingen tar tak dersom f. eks. motivasjonen i gruppa blir dårlig, lite oppmøte

eller faglig innhold på møtene mangler. Det må også sikres at lederne blir informert om gruppas aktivitet. Ansvar for videre drift kan ikke baseres på ildsjeler. Gruppen kan også arrangere kurs i Værnesregionen. Det er ønskelig at ressurspersoner i gruppa deltar på fagdager 2 ganger i året, arrangert av Nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg. Med tanke på å videreutvikle gruppa kan det også være aktuelt å knytte et tettere samarbeid med andre faggrupper i kommunen. Vi tenker da spesielt på fysio – og ergoterapeut.

Når prosjektgruppa ikke lengre har ansvaret vil det også være en utfordring å oppdatere permene både i papirform og etter hvert på nettet, samt opplæring av ressurspersoner og motivering i bruk av permene. Tidsaspektet har gjort at vi ikke har kunnet gi en grundig innføring i permene til ressurspersoner i egen kommune. Av samme grunn har vi heller ikke fått gjort noe med nettutgaven av permene.

Vi ser for oss at det overordnede ansvar for alle disse oppgavene legges til stillingen som kreftkoordinator i vår kommune, og at det da vil være naturlig å øke stillingsprosenten på denne stillingen.

For å dokumentere eventuelt nytteverdien av Lindrende gruppa og oppslagsverket, kunne det vært spennende å gjøre en spørreundersøkelse blant helsearbeidere i Værnesregionen om hva de synes fungerer og hva som kunne vært gjort annerledes.

Det kunne også vært interessant og gjort intervju eller en kvantitativ undersøkelse for å se hvem pasienten som trenger lindrende behandling er i Værnesregionen, og hvilke problemer de har. Dette som kartlegging og evaluering av egen drift. Dette må eventuelt gjøres i samarbeid med Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge.

## LITTERATURLISTE

Bjordal, K., Klepstad, P., Kaasa, S., Laugsand, E. A., Skorpen, F. og Sprangers, M.AG. (2010) Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. I: *Health and Quality of Life Outcomes*, nr 8.

Conno, F., Hanks, G., Klepstad, P., Kaasa, S. og Laugsand, E. (2009) Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: A cross-sectional survey of the EAPC Research Network. I: *Journal of Opioid Management* nr januar/ februar.

Fagserie i kreftomsorg fra Den Norske Kreftforening (1993) *Omsorg for døende kreftpasienter i hjemmet. Utfordringer og tiltak*. Oslo: Oslo Trykk og Kopisenter as.

Folkehelseinstituttet (2011) *Dødsårsakene 2010 Fortsatt nedgang i dødeligheten av hjerte- og karsykdom*. Tilgjengelig fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661...](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661...) (1.mars 2012).

Helsedirektoratet (2010) *Utvikling gjennom kunnskap Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing Overordnet strategi 2011-2015*.

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) (2009) *St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

<http://no.thefeedictionary.com/ildsjel>

Kompetansesenter for lindrende behandling «Lindring i Nord» (2009) *Håndbok i lindrende behandling*. Tromsø: Universitetssykehuset Nord Norge.

Kreftregisteret.no. *Cancer in Norway 2009*. Lokalisert 1.mars 2012.

Kaasa,S. (2008) Palliativ medisin- en introduksjon. I: Kaasa,S. (red) *Palliasjon Nordisk lærebok*.ss 31-46. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Omsorgsrådet (1993) *Idebok. Idebok for omsorg for den alvorlig syke og døende pasient*.

Sosial- og helsedirektoratet (2010) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*.

Wist, E. (2009) Historie og Utvikling. I: Kåresen, R. og Wist, E. (red) *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. ss. 23-26. Oslo: Gyldendal Akademiske AS.