



GUOVDAGEAINNU SUOHKAN
KAUTOKEINO KOMMUNE

PLAN FOR KREFTOMSORG I KAUTOKEINO KOMMUNE

2020 - 2024



Innhold

Innledning	5
Begrepsavklaringer	6
Bakgrunn	7
Hva er kreft?	7
Samhandlingsreformen	8
Målet med planen	9
Kreftbildet i Norge	9
Kreftbildet i Kautokeino kommune	10
Kreftpasienten	11
Pårørende	12
Barn og unge som pårørende eller etterlatte	13
Kommunens mål for kreftomsorgen	15
Kompetanse	16
Begrepet kompetanse	16
Kompetansebehov innen kreftomsorgen	16
Kompetansehevende tiltak	16
Mål og forslag for å øke kompetansen innen kreftomsorgen i kommunen:	16
Kommunehelsetjenestens tilbud	17
Legetjenesten	17
Hjemmetjenesten	19
Sykestua/sykehjemmet	20
Kreftkoordinator	22
Psykisk helsetjeneste & Psykologtjenesten	24
Fysioterapi- og ergoterapitjenesten	25
Helsestasjonstjenesten	26
Saksbehandler/IP-koordinator	27
Instanser og samarbeidspartnere internt i kommunen	27
NAV	27
Skole, barnehage & SFO	28
Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	28
Logoped	29
Barnevernstjenesten	29
Tverrfaglig team	29

Frivillige	29
Ábas – Kautokeino Frivilligsentral.....	29
Samisk likepersonskoordinator.....	30
Instanser og samarbeidspartnere eksternt fra kommunen.....	30
Kreftforeningen	30
Váidudandivššu guvllolaš gealbobálvalus/Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i nord).....	30
Palliativt team.....	31
Montebellosenteret	31
Forebyggende arbeid og folkehelseperspektiv	32
Mål:	33
Tiltak:	34
Utredning	34
Mål	34
Tiltak	34
Behandling og palliasjon.....	35
Mål 1	36
Tiltak:	36
Mål 2	36
Tiltak:	37
Mål 3	37
Tiltak:	37
Mål 4	37
Tiltak:.....	38
Rehabilitering	39
Mål	39
Tiltak	39
Oppsummering	39
Aktuelle lenker.....	40
Lovgrunnlag.....	40
Referanser	41

Innledning

Kreftplan for Kautokeino kommune er et dokument som skal bevisstgjøre og informere politikere, administrasjon og fagpersonell om kreftsykdom, konsekvenser og utfordringer for kommunen og dens innbyggere. Det skal være en politisk vedtatt plan. Planen skal være et verktøy for politisk og administrativ ledelse slik at planlegging og tilrettelegging av helsetilbud og -tiltak på kort og lang sikt blir en del av det kommunale planverket. Kommunens innbyggere skal gjøres kjent med planen.

Kreftplan legger Kommuneplanens samfunnsdel (2017) til grunn. Krefttrammede skal sikres en forutsigbar og kvalitetsmessig god behandling og oppfølging, i alle faser av sykdommen. Det forebyggende arbeidet skal stå sentralt. Pårørende til kreftpasienter og alvorlig syke skal sikres oppfølging fra hjelpeapparatet. Det skal rettes oppmerksomhet mot barn og unge med alvorlig syke omsorgspersoner eller søsken. Et godt forløp kjennetegnes av god informasjon til pasient og pårørende, samt et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Planen er utarbeidet høsten 2019, av kreftkoordinator Ellen Sara M. Pulk, med innspill fra og i samarbeid med, aktuelle avdelinger og aktører som nevnes i planen.

Kreftplan for Kautokeino kommune gjelder fra 2020 – 2024, og skal evalueres innen 31.12.2024.

Begrepsavklaringer

Livets slutfase

Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager

Omsorg ved livets slutt

Behandling, pleie og omsorg i de siste dager eller uker av livet.

Døende

Pasienten vil dø i løpet av kort tid, det vil si i løpet av timer eller få dager

Terminal fase

Når pasienten lider av en uhelbredelig sykdom og trolig vil dø i nær fremtid (dager eller timer).

Palliasjon

Palliasjon er behandling av plagsomme symptomer samt annen hjelp og støtte ved alvorlig/livstruende sykdom. Kan også kalles palliativ behandling eller lindrende behandling.

Kurativ behandling

Behandling som skal helbrede pasienten for den aktuelle lidelsen.

Livsforlengende behandling

Behandling som har til hensikt å forlenge livet.

(Legeforeningen, 2016).

Bakgrunn

Hva er kreft?

Kreft er sykdom som skyldes unormal vekst av celler i kroppen. Kreft er samlenavn på rundt 200 ulike kreftformer. Ved kreft har det oppstått skader (mutasjoner) i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert. Kroppens eget forsvarssystem ødelegger normalt celler som har feil, men denne funksjonen svikter eller mangler. Etter hvert som cellene deler seg, skjer en opphopning av kreftceller i organet der veksten startet. Det vil etter hvert dannes en kreftsvulst. Kreft kan spre seg via blod og lymfe til andre organer (spredning/metastaser). Sykdomsforløp, behandling og overlevelse varierer (Kreftforeningen, u.å.).

Kreftsykdom innebærer ofte sammensatte problemstillinger og krever en god organisering og kompetanse for å ivareta denne delen av helsetjenesten på best mulig måte. Med et godt møte mellom kreftpasient, pårørende og helsevesenet, legges et viktig grunnlag for kvaliteten i kreftomsorgen.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (St. melding 47) startet 1. januar 2012. Reformen medfører at flere helsetjenester og oppgaver skal løses i pasientens hjem og hjemkommune (Helse og omsorgsdepartementet, 2009).

En kreftsykdom rammer ikke bare den kreftrammede, men hele familien og næromgivelsene. I tillegg til selve sykdommen dukker det ofte opp andre utfordringer. Fysiske og psykiske problemer er helt vanlige, men det kan også være økonomiske og praktiske utfordringer den syke og familien trenger hjelp til.

Flere kreftpasienter behandles poliklinisk uten innleggelser på sykehus. Dette medfører ekstra oppmerksomhet og kompetanse for å følge opp i hjemkommunen. De fleste kreftpasienter mottar i dag også hardere behandlingsmetoder enn tidligere. Allerede i dag ser en at en rekke av de tjenestene sykehusene utfører blir overført til kommunene, samt at stadig flere alvorlig syke kreftpasienter behandles i hjemkommunene. Behandlinger foregår i pasientens hjem, på sykestua eller på legekontoret.

Det er viktig med tilstrekkelig kompetanse i kommunene, for å kunne håndtere utfordringer dette medfører. På bakgrunn av dette anses det som nødvendig å utvikle en plan for kreftomsorgen i Kautokeino kommune.

Målet med planen

- ❖ Gi informasjon om status og forventet utvikling av kreft i Kautokeino kommune.
- ❖ Være et hjelpemiddel for riktig prioritering av helsetjenester i årene som kommer.
- ❖ Å legge grunnlag for å forebygge kreft i den grad det er mulig.
- ❖ Sikre god oppfølging av pasient og pårørende lokalt.
- ❖ Være en del av kvalitetssikringen for oppfølging kommunalt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- ❖ Ha overføringsverdi i forhold til pasienter med andre alvorlige sykdommer og pasienter generelt.

Kreftbildet i Norge

Cancer in Norway er en rapport som Kreftregisteret (2018) publiserer hvert år. Rapporten gir en oversikt over den årlige kreftsituasjonen i Norge.

Økningen i antall krefttilfeller skyldes primært at befolkningen vokser og at andelen eldre øker. En av tre (1/3) nordmenn vil få en kreftdiagnose før fylte 75 år (Cancer Registry of Norway, 2018). I 2018 ble det registrert totalt 34.190 nye krefttilfeller i Norge. På slutten av året 2018 levde 283.894 nordmenn, etter å ha hatt minst en kreftdiagnose. I 2017 døde 11.016 personer av kreft på landsbasis (Cancer Registry of Norway, 2018)

Statistikken viser at menn oftere får kreft enn kvinner. I 2018 fikk 18 321 menn og 15 869 kvinner en kreftdiagnose. Prostatakreft, brystkreft, lungekreft og tarmkreft stod for hele 43 prosent av alle nye krefttilfeller i 2018 (Cancer Registry of Norway, 2018).

Blant menn er prostatakreft den hyppigste kreftformen, med 4848 nye tilfeller, etterfulgt av lungekreft (1677 tilfeller) og tykktarmskreft (1490 tilfeller). Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner, med 3568 nye tilfeller, etterfulgt av lungekreft (1674 tilfeller) og tykktarmskreft (1578 tilfeller) (Kreftregisteret, s. 16, 2018).

Det er verd å merke seg at melanom i hud er den kreftformen blant menn som har hatt den største økningen, med hele 22,2 prosent den siste femårsperioden. For kvinner har økningen vært på 17,3 prosent. For annen hudkreft er økningen over 20 prosent for begge kjønn (Cancer Registry of Norway, 2018)

Kreft rammer alle aldersgrupper, men omtrent 90 % av tilfellene hos menn og omtrent 85 % av tilfellene hos kvinner forekommer i aldersgruppen over 50 år. Hos menn inntreffer 50% av tilfellene etter fylte 70 år, og blant kvinner inntreffer 46% av tilfellene etter fylte 70 år. Omtrent 1% av krefttilfellene forekommer blant barn og unge voksne (yngre enn 25 år). Det er liten eller ingen kjønnsmessig forskjell her (Cancer Registry of Norway, s. 18, 2018)

Kreftbildet i Kautokeino kommune

2016	<i>KJØNN</i>	<i>RATE*</i>	<i>ANTALL TILFELLER**</i>
	MENN	281,7	4
	KVINNER	510,9	8

Tabell 1: Rate* og antall krefttilfeller** i Kautokeino kommune, året 2016

2018	<i>KJØNN</i>	<i>RATE*</i>	<i>ANTALL TILFELLER**</i>
	MENN	695,3	9
	KVINNER	733,4	12

Tabell 2: Rate* og antall krefttilfeller** i Kautokeino kommune, året 2018

2014-2018	KJØNN	RATE*	ANTALL TILFELLER**
	MENN	580,4	7,4
	KVINNER	529,7	8,2

Tabell 3: Rate* og antall krefttilfeller** i Kautokeino kommune i perioden 2014-2018

KJØNN	PERSONER I LIVE (per 31.12.18)	ANTALL ÅR SIDEN DIAGNOSE			
		<1	1-4	5-9	10+
KVINNER	76	9	14	19	34
MENN	46	7	17	11	11

Tabell 4: Prevalens for Kautokeino kommune

**Rate per 100 000 personer per år, justert for alder etter Norgesstandarden 2014*

***Antall krefttilfeller i snitt pr år.*

(Cancer Registry of Norway, 2018)

Tabellene 1, 2 og 3 viser rate og insidens (antall nye tilfeller) for årene 2016 og 2018, samt for den siste fem årsperioden. Tabell 4 viser prevalens, altså antall eksisterende tilfeller, for Kautokeino kommune per utgangen av året 2018 og for de siste 10 år.

Oversiktene viser at insidensen, altså antall nye tilfeller, er høyere i 2018 enn to år tidligere. I 2016 fikk totalt 12 personer en kreftdiagnose, mens 21 personer fikk en kreftdiagnose i 2018. Av tabell 4 kan man se at det var totalt 122 personer i live, med eller etter en kreftdiagnose, i Kautokeino kommune i utgangen av året 2018. Det anslås at antall krefttilfeller i Norge vil øke med 42% for menn og 27% for kvinner fram mot år 2030. Dette skyldes befolkningsvekst og at andelen eldre innbyggere øker (Kreftregisteret, 2018). Tallene er hentet fra Kreftregisteret. Det presiseres at Kreftregisteret ikke er ansvarlig for presentasjonen eller tolkningen av tallene. (Cancer Registry of Norway, 2018).

Kreftpasienten

Med utgangspunkt i gjennomsnittspasienten er de fleste kreftpasienter 60-65 år, med lang livserfaring. Men det kan også være barn, ungdom eller foreldre/foresatte med ansvar for barn som rammes av sykdommen. Mange har kjennskap til kreftsykdom i egen nær familie, blant venner, bekjente eller naboer. Kreft er, i likhet med mange andre sykdommer, noe som ikke bare rammer den enkelte, men ofte hele familien. Kreftpasienten kan være et barn, et ungt menneske i voksenlivet, eller foreldre/foresatte med ansvar for familie (Reitan, A. M. & Schjølberg, T.K., s. 23, 2016).

Kunnskap om kreft er utbredt blant folk. Likevel sier kompleksiteten i pasientens utfordringer og behov oss noe om viktigheten av kompetanse innenfor dette området. Kreftsykdom kan oppfattes av de fleste synonymt med lidelse, smerte og død. Heldigvis er situasjonen mye mer nyansert og ikke riktig så dramatisk. Kreftpasienter kan stå ovenfor mange forskjellige utfordringer. For eksempel å motta informasjon om sykdom og diagnose, gjennomgå avansert behandling, håndtering av bivirkninger og senskader, risiko for tilbakefall og for noen; å forholde seg til en nært forestående død. Hver pasient og sykdomsforløp er unik og opplevelsen av sykdom, og hvordan sykdommen påvirker livet, er individuell og spesiell for den enkelte (Reitan, A. M. & Schjølberg, T.K., s. 22, 2016).

Pårørende

Pårørende til pasienter og brukere skal bli sett, hørt og fulgt opp av helsepersonell som involverer og støtter dem. Dette gjelder uansett om den pårørende er barn, ungdom eller voksne.

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Pårørende kjenner pasienten eller brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste og utgjør på denne måten en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs. Å gi omsorg og støtte til andre har mange positive

sider. Det kan oppleves tilfredsstillende å hjelpe sine nærmeste. Omsorgsarbeid kan også gi større nærhet til den som mottar omsorgen. Det kan gi mestringsfølelse og opplevelse av mening. Det å være pårørende kan imidlertid føre med seg mange utfordringer og dilemmaer. Pårørende kan være utsatt for isolasjon, stress, belastning og egen helsesvikt, som depresjon og utmattelsessymptomer (Helsedirektoratet, 2019).

Pårørende har ulike og situasjonsbestemte roller. Pårørende kan være kunnskapskilde, omsorgsgiver, en del av pasientens eller brukerens nærmiljø og/eller representant for ham eller henne. Pårørende kan også være i en situasjon der de har behov for egen del. Hvordan pårørende skal eller kan involveres avhenger blant annet av hvilken rolle de har i en gitt behandlings og omsorgssituasjon. Jo sykere pasienten er, desto viktigere er det at pårørende involveres (Helsedirektoratet, 2019).

Pårørendeveilederen er en nasjonal veileder, publisert av Helsedirektoratet (2019). Den omhandler involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis. Veilederen omfatter alle pårørendegrupper, uavhengig av pasientens eller brukerens diagnose, og inkluderer eldre, voksne, ungdom og barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2019).

Ledelsen i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og helseforetak har ansvar for at myndighetskravene i *Pårørendeveilederen* følges opp. Tiltak for å endre praksis må iverksettes om nødvendig. Implementering av anbefalingene kan kreve opplæring av ansatte, utvikling av interne prosedyrer, rutiner og verktøy, endret organisering, forbedret samarbeid og utvikling av nye tilbud til pårørende (Helsedirektoratet, 2019).

Barn og unge som pårørende eller etterlatte

Barn har ifølge Helsepersonelloven §10a og §10b rett til informasjon når mor, far eller søsken er syke. Helsepersonell har plikt til å bidra til at barna får informasjon tilpasset alder

og utvikling, dette i samarbeid med barnets foreldre/foresatte. Helsepersonelloven § 10 b gir helsepersonell plikt til å ivareta mindreårige barn som etterlatte etter foreldre/foresatte eller søsken som dør. Barns rettigheter som pårørende er hjemlet i forskjellige lover, samt i FN's Barnekonvensjon artikkel 3 og 12

Når alvorlig sykdom rammer en i familien, er barna utsatt. Barn kan bli påvirket av foreldres/foresattes/søskens sykdom slik at de selv kan utvikle egne vansker, dersom barnet som pårørende ikke tas hensyn til. Utfordringene kan påvirke barns emosjonelle, kognitive, sosiale og fysiske utvikling. Det kan videre gi følger for barnets mulighet til å tilegne seg kunnskap både under oppvekst, i barnehage og senere i skole. Barns sosialkompetanse har stor betydning for livskvalitet og muligheter videre i livet, og deres oppvekstsvilkår har størst betydning

Det er veldig viktig at barnet får tilpasset informasjon om foreldres/foresattes sykdom. Mangel på informasjon kan lett føre til at barnet lager sine egne forestillinger, fantasier og mestringsstrategier. Dette kan skape utrygghet i barnets hverdag. Barn tar lett på seg skylden for foreldres/foresattes sykdom hvis de mangler informasjon.

Kautokeino kommune skal fokusere spesielt på barn og unges helse- og oppvekstsvilkår (Kommuneplanens samfunnsdel, s. 20, 2017). Kommunen har plikt å legge til rette for å fange opp og følge opp barn som pårørende til foreldre/foresattes eller søsken. Helsepersonell må kartlegge om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken. Helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barns behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldres/foresattes eller søskens sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet, jmfør Helsepersonelloven § 10 a (1999).

Med barn i denne sammenheng menes barn som pasienten har omsorgsansvar for, uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Søsken omfatter både biologiske søsken og andre barn som lever med pasienten som søsken i en familie. Med foreldre/foresattes menes alle som har omsorgsansvar

for barn, både barnets foreldre, foresatte, fosterforeldre, steforeldre og eventuelt andre så sant de fyller foreldrerollen for et barn (Helsedirektoratet, 2019).

Når pasienten *er et* barn, skal det kartlegges om pasienten har mindreårige søsken. Det vil være naturlig å spørre foreldrene/foresatte om dette. Når pasienten *har* barn; skal det kartlegges hvilket ansvar pasienten har for barnet; foreldreansvar, daglig omsorg, samværsrett, eventuelt omfang av samværet med barnet (Helsedirektoratet, 2019).

Kommunens rutine for barn som pårørende skal følges i arbeidet med barna. Dette er en overordnet rutine for alle fagarbeidere i kommunen.

Kommunens mål for kreftomsorgen

Ut i fra nasjonale føringer er kreftomsorgens overordnede mål å gi helhetlig omsorg til kreftsyke og deres pårørende. Kreftpasienter skal bli godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet og ha tilgang på god informasjon om sykdom, behandling og mulige bivirkninger og senskader.

Kreftpasienter skal til enhver tid vite hvem de skal henvende seg til om egen sykdom, behandling og oppfølging. De skal oppleve helhetlige og godt koordinerte pasientforløp, uten unødige forsinkelser. Det skal være god samhandling, informasjonsflyt og klar ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike aktører i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019).

Kautokeino kommune har som mål å:

- ❖ Bidra til best mulig livskvalitet for pasienten i alle faser av sykdoms forløp.
- ❖ Tilrettelegge for hjelp i hjemmet, så langt det lar seg gjøre, og etter behov og ønsker fra pasient og pårørende.
- ❖ Stimulere til flerfaglig/tverrfaglig samarbeid.
- ❖ Sikre best mulig kvalitet på tjenesten.
- ❖ Gi tilbud til etterlatte (for eksempel samtaler).
- ❖ Veilede, støtte og undervise helsepersonell i arbeid med alvorlig syke og døende
- ❖ Koordinere og samordne tjenestene mellom kommunen og spesialisthelsetjenestene

- ❖ Kommunen har et ansvar for å implementere lovbestemmelser i tjenestene. Kautokeino kommune har som mål å oppnevne en eller flere barneansvarlig(e), og danne en ressursgruppe for barn som pårørende. Denne ressursgruppa bør blant annet utvikle en kommunal prosedyre for arbeid med barn som pårørende internt i kommunen.

Kompetanse

Begrepet kompetanse

Kompetanse defineres som evnen til å klare en oppgave eller beherske et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. Kompetansebegrepet er nært knyttet til ferdighet og handling. Det er ikke en uforanderlig sak som man har eller ikke har. Det er evnen til å utvikle seg (Reitan og Schjølberg, 2016).

Kompetansebehov innen kreftomsorgen

Innen kreftomsorg kreves det spesiell kompetanse for å kunne ivareta forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon. Helsepersonell møter pasienter og pårørende i alle aldre og i ulike faser av sykdomsforløpet. Det kreves høy kompetanse og stor innsats hos de som arbeider med alvorlig syke pasienter.

Kompetansehevende tiltak

Det fremkommer av Kommuneplanens samfunnsdel at kommunens mål er god dekning av kvalifisert, samisktalende personell – av begge kjønn. Kommunen ønsker å tilrettelegge for muligheter til nødvendig kompetanseheving og karriereutvikling (Kommuneplanens samfunnsdel, s. 20, 2017).

Mål og forslag for å øke kompetansen innen kreftomsorgen i kommunen:

- ❖ Øke fokus på tverrfaglig samarbeid.
- ❖ Det er ønskelig at minst en sykepleier og/eller helsefagarbeider/hjelpepleier fra hver avdeling innenfor pleie- og omsorg utpekes som en ressurs sykepleier for pasienter med kreftdiagnose. Dette må fortrinnsvis være en med genuin interesse for fagfeltet.
- ❖ Gjennomføre fagdager 1-2 ganger i året.
- ❖ Gi personell mulighet for videreutdanninger og kurs.

- ❖ Gjennomføre internundervisninger
- ❖ Opprette «Lindrende skrin»
 - En plastboks eller lignende som plomberes. Skal være tilgjengelig for lege, hjemmesykepleien og kreftkoordinator
 - Skrinet inneholder de viktigste medikamentene og tilhørende utstyr, som en kan få bruk for i livets slutfase
 - Skrinet inneholder også en brukerveiledning for de ulike medikamentene og utstyret.
 - Hensikten er å
 - oppnå bedre/optimal symptomlindring
 - lette situasjonen ved hjemmedød, unngå unødig sykestue/sykehusinnleggelse,
 - trygge hjemmetjenesten og lege på tiltak,
 - trygge pasient og pårørende
 - En mulighet kan være at sykehjemsavdeling oppretter lindrende skrin som oppbevares på avdelingen i A- og B-preparat skapet, og er tilgjengelig for hjemmesykepleien/kreftkoordinator/lege ved behov.
- ❖ Tilrettelegge for hospitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- ❖ Nyttiggjøre seg Kreftforeningens kompetanse.
- ❖ Benytte tilbud som spesialisthelsetjenesten tilbyr, for eksempel Lindring i Nord og Palliativt team.
- ❖ Med bakgrunn i de lange avstandene til sykehus, opprette et eget, kommunalt palliativt team
 - Invitere Palliativt Team Tromsø og Lindring i Nord, eventuelt andre aktuelle instanser, til samarbeid rundt dette
 - Eventuelt søke midler til opprettelse av et slikt team (Helsedirektoratet gir hvert år midler som skal brukes for å øke kompetansen i behandlingen av alvorlig syke og døende pasienter)

Kommunehelsetjenestens tilbud

Legetjenesten

Avdelingen omfatter kommuneoverlege, 4 fastleger, LIS1 (turnuslege), 2 sykepleiere, bioingeniør og 2 helsesekretærer

Fastlegen har ansvar for oppfølging av pasienten. Legen følger nasjonale forskrifter («pakkeforløp») i henhold til de forskjellige kreftsykdommer. Fastlegen samarbeider med spesialisthelsetjenesten/sykehus i forhold til det som angår pasientens behandlingsforløp. Fastlegen er også med å bidra til at pasient/pårørende får den behandling og oppfølging det er behov for. Pasienten kan ha komplekse medisinskfaglige utfordringer. Her bidrar fastlegens kompetanse og oppfølging en avgjørende rolle om pasientens mulighet å være i nærmiljøet.

Fastlegen har mange funksjoner:

Forebyggende arbeid:

- Livsstilsråd for å forebygge kreftutvikling
- Følge opp nasjonale screeningsprogrammer for å oppdage kreft på et tidlig stadium.

Utredning ved mistanke om kreftsykdom:

- Undersøkelser ved pasienthenvelser
- Gjøre nødvendige henvisninger.
- Gi pasienten nødvendig tilbakemelding og informasjon om sykdommen.

Behandling:

- Henvise til vurdering av behandling, ved mistanke om sykdom
- Fastlegen er ansvarlig for den symptomlindrende behandlingen som til enhver tid er nødvendig når pasienten oppholder seg i kommunen, samt evaluering av igangsatte tiltak. Ved behov gjøres vurderinger og beslutninger i samråd med spesialisthelsetjenesten/sykehus.
- Kreftkoordinator kan være samarbeidspartner med tanke på oppfølgingssamtaler, dersom pasienten ønsker dette.

Oppfølging av behandling:

- Fastlegen samarbeider med andre behandlere og involverte instanser, som kan være hjemmetjenesten, kreftkoordinator, sykehus og ellers andre aktuelle instanser.
- Fastlegen ordinerer i forhold til det medisinske. Det være seg henvisninger, erklæringer, resepter og lignende.
- Pårørendesamtaler når det er behov/ønskelig
- Ordinær pasientoppfølging på bakgrunn av diagnose.
- Hjemmebesøk av lege er mulig.
- Noen opplever det som tungt å komme tilbake til arbeid og sosialt liv, selv etter en er erklært frisk. Fastlegen vil være en viktig støttespiller for å komme raskere tilbake. Kreftkoordinator kan gi informasjon og veiledning til pasienten over aktuelle tilbud som finnes .

Barn som pårørende:

- Identifisere og dokumentere barn som pårørende
- Henvise og informere til riktig instans når det gjelder foreldre-/foresatte- og/eller barn som pårørende slik at behov for informasjon og oppfølging blir ivaretatt, slik at nødvendig råd og veiledning også ivaretas.
- Å vurdere om det er behov for aktuelle hjelpetiltak, og gjøre nødvendig henvisning i forhold til dette.

Informasjon til pasienten:

Fastlegen informerer pasienten om kommunens kreftkoordinatorstilbud. Dersom pasienten ønsker det, kan kontaktskjema for Kreftkoordinator fylles ut. Dette kontaktskjemaet har som formål å sette pasient i kontakt med Kreftkoordinator. Skjemaet inneholder kun navn, fødselsdato og telefonnummer. Ingen sensitive opplysninger, som for eksempel diagnoser, skal føres på dette skjema. Skjemaet og ønske om å bli kontaktet, er på pasientens premisser.

Hjemmetjenesten

Avdelingen omfatter Hjemmesykepleien, Bokollektiv/Omsorgsboligtjenesten og Hjemmehjelp. Ambulerende vaktmestertjeneste er underlagt hjemmehjelp og er blant annet ansvarlig for å bringe/hente av hjelpemidler og vedlikehold av disse. Kommunen tilbyr i noen tilfeller trygghetsalarm til hjemmeboende pasienter.

Kommunen vil tilrettelegge for at de som ønsker det, skal kunne bo hjemme lengst mulig (Kommuneplanens samfunnsdel, s. 20, 2017). Dette samsvarer med Samhandlingsreformens (2009) mål.

Hjemmetjenesten er ofte involvert hos pasienter med kreft eller andre alvorlige sykdommer, og målet med tjenesten er at den skal bidra til å opprettholde livskvalitet for pasienten. Dette gjøres ved å yte nødvendig helsehjelp, ved å tilrettelegge for at pasienten skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, og eventuelt ved å tilby lindrende omsorg ved livets slutt.

Hjemmetjenesten kan tilby pleie- og omsorgstjenester i tidsrommet 0800-2230, alle dager hele året. Avdelingen består av sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Kvalitetsmålet for tjenesten er å skape trygghet hos pasienten, slik at det blir mulig for pasienten å bo hjemme, tross omfattende behandlings og pleiebehov. Det tilbys tjenester etter brukerens individuelle behov.

Tjenester som kan tilbys kan for eksempel være:

- ❖ Hjemmetid
- ❖ Hjelp til å administrere medisiner
- ❖ Sårstell
- ❖ Stell/dusj
- ❖ Tilsyn
- ❖ Trygghetsalarm
- ❖ Praktisk bistand
- ❖ Primærkontakt
- ❖ Bistå de med uhelbredelig sykdom og langvarige plager, å bo hjemme. Tilrettelegging.
- ❖ Lindrende behandling til livets slutt/ terminal pleie for de som ønsker å dø hjemme
 - Samarbeide med lege, kreftkoordinator og andre aktuelle aktører, i henhold til kreftpasienter som ønsker å tilbringe sine siste dager, og å dø, hjemme.

❖ Omsorgsboliger.

- Boliger som er tilpasset og tilrettelagt for at syke, funksjonshemmede og andre med helseutfordringer skal være mest mulig selvhjulpne. Det tilbys hjelp etter brukerens behov.

Sykestua/sykehjemmet

Avdelingen omfatter 14 langtidsplasser, 3 intermediær-/korttidsplasser, 3 sykestueplasser.

Avdelingen har tilbud om heldøgns omsorgstilbud for å få dekket grunnleggende behov som pleie og omsorg, samt medisinsk behandling. Avdelingen har god og lang erfaring med pleie av alvorlig syke og døende, og tilbyr terminal pleie og omsorg ved livets slutt.

Et av formålene med sykestueplass er å unngå akutte innleggelser på sykehus, da pasienten kan tilbys medisinsk behandling lokalt. Kriteriene for innleggelse på sykestueplass er blant annet at pasienten har behov for daglig legetilsyn og at det skal foregå en aktiv behandling av pasienten. Sykepleier skal være tilstede 24 timer i døgnet. Kreftpasienter er den største pasientgruppen på sykestuene målt i forhold til liggedøgn (Heiberg, 2012).

Intermediærplassenes formål er å bevare og øke muligheten for å fungere bedre i hverdagen, samt vurdering av funksjonsnivå og omsorgsnivå. Det gjøres også kontinuerlig oppfølging og observasjon i forhold til pasientens helsetilstand. Kriterier for å innlegges på intermediærplass er blant annet behov for kartlegging og økt tilsyn/omsorg, har behov for overgangsordning ved utskrivelse fra sykehus, funksjonssvikt og behov for å forebygge langtidsinnleggelse.

Formålet med langtidsopphold på sykehjem er blant annet å gi et forsvarlig heldøgns helsetilbud og oppfølging og observasjon av helsetilstanden til pasienten. Pasienten må blant annet ha behov for heldøgns pleie- og omsorg på grunn av omfattende medisinske helseplager og som trenger døgkontinuerlig hjelp med pleie- og omsorgsbehov.

Noen tilbud som kan gis ved avdelingen er:

- ❖ Justering og tilpasning av symptomlindrende behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av videre oppfølging
- ❖ Terminalpleie: opphold for symptomlindrende behandling, pleie og omsorg i livets slutfase.
- ❖ Kartlegging, vurdering og igangsettelse av tiltak i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle symptomer og problemer
- ❖ Har tett samarbeid med lege, og har daglige legevisitter for pasientene på sykestueplass. Ukentlige visitter for pasienter på korttidsplass og langtidsplass.
- ❖ Har akutt funksjon med dertil tilgjengelige ressurser, både i henhold til medikamenter, utstyr og personellmessige ressurser.
- ❖ Jobbe for å ha et godt samarbeid med hjemmetjeneste og lege, i henhold til kreftpasienter som ønsker å tilbringe sine siste dager, og å dø, hjemme. Bistå med tilrettelegging og administrativ planlegging.
- ❖ Barn som pårørende
 - Identifisere og dokumentere barn som pårørende
 - Etterspørre barn som pårørende sitt behov for informasjon og oppfølging og gi foreldre/foresatte råd og veiledning
 - Å vurdere om det er behov for mer omfattende hjelpetiltak, og henvise til riktig instans

Avdelingens målsetting for de neste fem år

- At alle ansatte på ulike nivå er trygg på pleie av krefttrammede, spesielt ved palliativ og terminal pleie. Dette kan gjøres ved å ha årlig internkurs.
- At kreftkoordinator drar på forskjellige kurs og nettverksmøter, og tar tilbake kunnskapen til resten av avdelingen.

Kreftkoordinator

Kreftkoordinator er administrativt organisert under sykehjemmet og har 50% stilling.

Kreftkoordinator-tilbudet er et lavterskeltilbud. Både aktører fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan sette pasienter/pårørende i kontakt med Kreftkoordinator. Pasient eller pårørende kan også kontakte Kreftkoordinator selv. Kontakten kan etableres når

diagnosen er stilt, og pasienten får oppfølging gjennom alle fasene i sykdomsforløpet. Dette er et lavterskeltilbud, og kreftkoordinators kontor har “åpen-dør-funksjon”.

Den koordinerende funksjonen skal stå sentralt. Det tilstrebes at Kreftkoordinator er med på alle førstegangsbesøk til kreftpasienter (for eksempel sammen med hjemmetjenesten), og vil være tilgjengelig i alle faser av sykdommen: fra diagnosen er stilt, gjennom behandlingstiden og i rehabiliteringen. Kreftkoordinator er et tilbud til personer i alle aldre; barn, ungdom og voksne. Kreftkoordinator er med i Nettverk for ressurspsykepleiere i kreft og lindrende behandling, og er ved dette en aktiv deltaker innen fagutvikling. Det skal tilrettelegges for at kreftkoordinator får delta på møter i regi av nevnte nettverk, da det har særlig betydning for kompetanseheving og fagutvikling.

Tilbud som kan være aktuelle:

- ❖ Være tilgjengelig for pasienter, pårørende og kollegaer/samarbeidspartnere
- ❖ Informasjon, råd og veiledning angående sykdom, behandling og prognose
- ❖ Råd om forebyggende tiltak for å bedre helse og livskvalitet
- ❖ Hjelp til å lindre smerter og annet ubehag som følge av sykdom og behandling
- ❖ Tid til samtale og støtte i en vanskelig tid, være en samtalepartner og veilede både pasienter, pårørende og kolleger
- ❖ Direkte pleietiltak, undervisning og veiledning av de som har den daglige pleien, ved for eksempel sårstellprosedyrer (spesielt kreftsår), kostråd, medisiner og lignende
- ❖ Støtte og oppfølging av pårørende og etterlatte, i alle aldre.
- ❖ Tilrettelegging og oppfølging av kontakt mellom hjem- skole/barnehage ved barn og ungdom som pasient og/eller pårørende.
 - Identifisere og dokumentere barn som pårørende
 - Etterspørre barn som pårørende sitt behov for informasjon og oppfølging og gi foreldre/foresatte råd og veiledning
 - Å vurdere om det er behov for mer omfattende hjelpetiltak, og henvise til riktig instans

- ❖ Tilrettelegging for terminalpleie i hjemmet, og hjemmedød
 - Bidra til opprettelse og opprettholdelse av et godt samarbeid mellom sykestue, hjemmetjeneste og lege, eventuelt andre aktører, i henhold til kreftpasienter som ønsker å tilbringe sine siste dager og å dø hjemme.
 - Bistå med tilrettelegging og administrativ planlegging.
- ❖ Planlegge og stå for debrief-møter etter planlagte dødsfall i hjemmet, når Kreftkoordinator har vært involvert. Innkalle de involverte parter.
- ❖ Koordinere helsetjenesten mellom nivåene, og fremme tverrfaglig samarbeid
- ❖ Bistå pasienten med å holde kontakt med ulike instanser
 - For eksempel fastlege, sykehus, hjemmetjenesten, sykestua, NAV, skole/barnehage, etc.
- ❖ Tilby oppfølging og samtale til etterlatte
 - ca. 3 uker etter et dødsfall. Det kan være aktuelt å ha med for eksempel personell fra sykehjemmet eller hjemmetjenesten på disse samtalene, dersom de har vært involvert i dødsfallet.
- ❖ Bidra til å opprette tilbud der pasienter kan støtte hverandre (for eksempel likemannstjenester)
- ❖ Ha en undervisende funksjon. Bidra til systematisk utvikling av kreft- og lindende omsorg i kommunen. Opplæring av helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen. Overføring av kunnskap og utvikling av rutiner.

Psykisk helsetjeneste & Psykologtjenesten

Kreftsykdom eller annen alvorlig sykdom kan utløse livskriser og følelsesmessige problemer. For en del pasienter og pårørende kan det være nyttig å snakke med en psykolog eller en psykiatrisk sykepleier, i tillegg til oppfølging av Kreftkoordinator. Dette er et lavterskeltilbud. Det vil si at det ikke er nødvendig med henvisning fra lege for å komme i kontakt med dem.

Psykologer kan hjelpe både pasienter og pårørende med å håndtere og å bearbeide det å leve med en alvorlig sykdom. De kan også være en støtte ved store endringer eller kriser, og når pasienter og pårørende føler seg usikre, engstelige eller nedstemte. Psykologiske tiltak kan

ofte bidra til bedre lindring også av fysiske symptomer som kvalme, smerte og søvnproblemer.

Aktuelle tilbud og tiltak:

- ❖ Støtte og oppfølging av pårørende og etterlatte i alle aldre (barn, unge og voksne), hvor behovet er større enn støttesamtaler.
- ❖ Identifisere og dokumentere barn som pårørende. Etterspørre barn som pårørende sitt behov for informasjon og oppfølging og gi foreldre/foresatte råd og veiledning. Å vurdere om det er behov for mer omfattende hjelpetiltak, og henvise til riktig instans.

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten

Fysioterapi

Alvorlig sykdom kan føre med seg ulike utfordringer og plager. Fysioterapeuten kan, etter nasjonale prioriteringer, sette i verk tiltak. Dette gjelder i alle faser av en kreftsykdom. Ved diagnose, under og etter behandling, samt ved langt fremskredet kreftsykdom. Behandlingen som kreftpasienter gjennomgår, kan være langvarig og tøff, både psykisk og fysisk. Mange opplever svekket muskelkraft, nedsatt kondisjon, tretthet, smerter, anspenhet, pusteproblematikk eller lymfeødem. Fysioterapi kan forebygge, rehabilitere eller lindre slike plager. Målene med fysioterapi er blant annet å redusere tretthet/fatigue og generelt ubehag, opprettholde best mulig funksjon/gjenvinne tapt funksjon og å stimulere til egeninnsats og mestring i hverdagen. Fysioterapeuten kan hjelpe til med:

- ❖ Valg av riktig intensitet, form og dosering på trening
- ❖ Avspenning ved anspent muskulatur eller ved pusteproblematikk

Fysioterapi ved lymfeødem:

Etter kreftbehandling hvor lymfeknuter og lymfeårer er fjernet/skadet, kan det oppstå hevelse i en kroppsdel, eksempelvis i arm, ben eller ansikt. Fysioterapeuter kan være behjelpelig med å utføre lymfeødem behandling og kan hjelpe til med opplæring i hva en kan gjøre selv. På nåværende tidspunkt har ikke kommunen fysioterapeuter med opplæring i lymfødembehandling (krever særskilt kurs). Inntil dette er på plass må pasienten reise ut av

kommunen for å motta dette. Det er ønskelig at vi kommunen på sikt kan gi dette tilbudet. Det samfunnsøkonomiske aspektet er også en viktig faktor her.

I tillegg til kommunale fysioterapeuter finnes det en privatpraktiserende fysioterapeut som driver egen virksomhet med driftsavtale fra kommunen.

Ergoterapi

Alvorlig sykdom kan gi utfordringer med mestring av daglige aktiviteter. Ergoterapeuten kan bidra med trening, tilpasning eller tilrettelegging av daglige aktiviteter, samt formidling av hjelpemidler. Tiltak og tilbud fra ergoterapeut skal stimulere til egeninnsats og mestring i hverdagen. Ergoterapeut kan gi informasjon om valg av riktige og gode hjelpemidler.

Det er Kreftkoordinator som skal samtale med pasientene og gi informasjon om de ulike tjenestene til pasienten. Pasienten må samtykke til at Kreftkoordinator setter pasienten i kontakt med tjenesten, eventuelt kan pasienten kontakte tjenesten selv.

Helsestasjonstjenesten

Tjenesten består av 1 helsesykepleier i 100% stilling, 1 jordmor i helsestasjon 100% stilling og 1 jordmor i 100% stilling (gravide). Hver faggruppe innehar sin unike kompetanse, og bidrar til helhetlig, tverrfaglig forebygging og helsefremming overfor barn og unge. Jordmor har kontordager på tirsdager og onsdager og har ellers hjemmевakt.

Tjenesten er en lovpålagt helsetjeneste i kommunen, og skal ses i sammenheng med kommunens arbeid med folkehelse. Helsestasjons og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge 0-20 år, ved å forebygge sykdom og skade og ved å fremme god fysisk og psykisk helse.

Tilgjengelighet i skoler: Helsesykepleier har faste ukentlige kontordager på skolen.

Helsesykepleier skal være synlig på skolen både blant lærere og elever og er noe som skal bidra til at det skal være enklere å ta kontakt. «Åpen dør tjeneste» vil si at elevene kan komme uten timeavtale for å snakke med helsesykepleier hvis de har spørsmål eller ting de lurer på.

Dette er en del av hensikten med skolehelsetjenesten ifølge Nasjonale retningslinjer. Skolehelsetjenesten er også et tilbud for foreldre/foresatte, som kan ta kontakt med helsesykepleier.

Tverrfaglig samarbeid: Tjenesten skal være tverrfaglig og ha et helhetlig perspektiv på barn og unges helse og utvikling i det individ- og grupperettete arbeidet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre kommunale tjenester som for eksempel sosialtjenesten, barneverntjenesten, barnehage, skole, psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, PPT, NAV og ungdomskordinator etc. Gjennom et samarbeid mellom skolehelsetjenesten, lærerne og andre aktører kan en bidra til et skolemiljø som fremmer elevenes helse og reduserer risikoen for utvikling av sykdom eller lidelser.

Ifølge lovverket har helsepersonell taushetsplikt. Her er det den av barnets omsorgspersoner som er under behandling som må samtykke til at helsepersonell kan dele nødvendig informasjon til samarbeidende helsepersonell. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har plikt etter samtykke fra pasienten å formidle opplysninger for kommunehelsetjenesten for at de skal kunne utføre de oppgavene de er pålagt til å gjøre.

Helsesykepleier er avhengig av at barnet og foreldrene/foresatte selv ønsker kontakt. Foreldrene/foresatte kan også selv ta kontakt med kommunehelsetjenesten og helsesykepleier hvis de ønsket oppfølging.

Saksbehandler/IP-koordinator

Pasienter som trenger et koordinert tjenestetilbud, har lovfestet rett til en individuell plan (IP) og en koordinator. IP inneholder oversikt over ulike tjenestene og kontaktpersoner. Den utformes sammen med pasient og eventuelt pårørende. Planen inneholder pasientens ønsker og mål for pleie og behandling. Initiativet til å opprette IP kan enten komme pasienten selv, eller fra helsepersonell. Utformingen og omfanget av IP for palliative pasienter må tilpasses deres spesielle situasjon med stadig endring i tilstanden og vekslende behov for oppfølging og tiltak. Hovedmålet for planen må være at den bidrar til en helhetlig og forutsigbar tjeneste med tydelig oppgavefordeling og tydelige avtaler om tilgjengelighet, oppfølging og samhandling

Instanser og samarbeidspartnere internt i kommunen

Pasienter som rammes av kreft må forholde seg til flere forvaltningsnivå under utrednings- og diagnostikkfasen, og under behandlings- og oppfølgingsfasen.

NAV

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) er en viktig brikke i samarbeidet, for å sikre pasient og pårørende trygderettigheter som de har krav på. Det kan oppstå mange utgifter i forbindelse med kreft. De fleste utgifter til helsetjenester og behandling kan dekkes, mot en egenandel. Dette kan være for eksempel parykk/hodeplagg, brystprotese, spesial-BH, hjelpe- og grunnstønad, pleiepengar eller omsorgslønn.

Skole, barnehage & SFO

Kautokeino har 3 skoler (Máze skole, Kautokeino barneskole, Kautokeino ungdomsskole), samt 4 kommunale- og 2 private barnehager. Det tilbys SFO plasser både i Kautokeino og i Máze (Kommuneplanens samfunnsdel, 2017).

Barnehage- eller skolehverdagen påvirkes av familiens sykdomssituasjon. Normale reaksjoner på sorg og krise kan være en utfordring i barnas skolehverdag og det er derfor viktig at lærerne og personalet i barnehagen kjenner til situasjonen. Barn og unge (og voksne) kan vise tegn som

- ❖ Problemer med å konsentrere seg
- ❖ Glemmer mye
- ❖ Urolig
- ❖ Stresst – tåler mindre
- ❖ Trøtt
- ❖ Engstelige
- ❖ Triste
- ❖ Sinte

Foreldre/foresatte avgjør selv om lærerne skal få informasjon. Det anbefales at aktuelle lærere informeres. Når lærer/barnehagepersonell får god informasjon, kan de være med på å se barnet og gi det støtte i en vanskelig tid. Barnet/ungdommen kan ha behov for ekstra

oppfølging, hjelp til lekser, eller lignende. Kreftforeningen har publisert en lærerveiledning om barn og ungdom i krise. Den finnes på Kreftforeningens nettsider. Denne lærerveilederen kan være til hjelp for skole og barnehage.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

PPT er en sakkyndig instans som skal hjelpe barn, ungdom og voksne med særlige behov gjennom utdanningsløpet. PPT kan utrede enkeltbarns behov og gi råd og veiledning til foreldre/foresatte, barnehage, skole og andre samarbeidspartnere. Foreldre/foresatte, og ungdom over 15 år, kan ta direkte kontakt med PPT. Henvisning til PPT fra barnehage og skole skal foregå i samråd med foreldre/foresatte skriftlig.

Logoped

Alle har rett til å få logopedhjelp dersom de har behov for det. Ved et slikt behov henvises det til PPT. Kommunen har plan om å opprette en logopedstilling i PPT. Inntil videre henvises logopedsaker til eksterne logopedtjenester via PPT.

Barnevernstjenesten

Barneverntjenesten kan bidra med ulike hjelpetiltak som råd og veiledning, besøkshjem og støttekontakt og leksehjelp. Videre kan tjenesten bidra med ansvarsgrupper, økonomisk hjelp, familierettede veiledningstiltak eller andre tiltak som passer for barnets situasjon.

Barnevernet samarbeider med andre som kjenner barnet, for eksempel barnehagen, skolen og helsestasjonen.

Tverrfaglig team

Kautokeino kommune har ett tverrfaglig team som består av helsesykepleier, PPT, kommunepsykologtjenesten og barneverntjenesten. Her kan foreldre/foresatte ta opp saker de ønsker råd og veiledning i. Skoler og barnehager kan også drøfte saker med teamet anonymt, eller navngitt etter samtykke fra foreldre/foresatte.

Frivillige

Ábas – Kautokeino Frivilligsentral

Kautokeino Frivilligsentral er en møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet. Tanken er: noen trenger hjelp, og andre ønsker å hjelpe. I noen tilfeller kan det være aktuelt å sette pasienter i kontakt med denne aktøren, for hjelp til diverse gjøremål.

Det kan være vanskelig å være alvorlig syk og bo hjemme uten mye hjelp og støtte fra pårørende, venner og offentlig helsevesen. Det er viktig at familien får all den hjelp de har behov for. Frivillige kan være behjelpelig slik at pårørende og pasienter opplever denne tiden som meningsfull. Dette kan være hjelp til for eksempel snømåking, dagligvarehandling, leksehjelp eller lignende.

Samisk likepersonskoordinator

Det å få en kreftdiagnose kan være sjokkartet og skremmende. Den nye situasjonen er uvant. Det er kanskje ikke så lett å formidle hvordan situasjonen oppleves. Da kan det være godt å snakke med noen som har erfaring. Likepersonsarbeidet bidrar til å skape rom der en trygt kan utveksle erfaringer. Sykdom og funksjonshemming har en følelsesmessig side, så vel som praktisk. Det er ikke uvanlig å bruke tid på å akseptere den nye situasjonen. Likepersoner kan bidra når det handler om mestring av hverdagen, rett og slett fordi de har den erfaringen selv. Alle likepersoner har taushetsplikt. Tilbudet er gratis. Kreftkoordinator kan sette pasienter i kontakt med samisk likepersonskoordinator.

Instanser og samarbeidspartnere eksternt fra kommunen

Kreftforeningen

Kreftforeningen er en av de største bruker- og interesseorganisasjonene i Norge. Driften baseres på gaver og innsamlede midler, tippemidler og testamentariske gaver. Foreningen bidrar målrettet innen forskning, omsorg, forebygging og informasjon. Kreftforeningen gir råd og veiledning ved behov. De kan kontaktes anonymt, både på telefon og internett. De kan bistå i undervisning og innehar informasjon om forskjellige pasientgrupper innen kreft.

Váidudandivššu guvllolaš gealbobálvalus/Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i nord)

Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling, er organisert som enhet under Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Formålet med denne tjenesten er å bidra til at alvorlig syke og døende og deres pårørende får et best mulig behandlings- og omsorgstilbud, uavhengig av bo- og oppholdssted. Sentrale oppgaver er kompetanseheving, fagutvikling og forskning, nettverksarbeid og organisering av tjenesten. De samarbeider med helsepersonell i sykehus og i kommunehelsetjenesten, og står for «Håndbok i lindrende behandling». Håndboken er et verktøy i klinisk praksis. Den inneholder veiledende tiltak og prosedyrer knyttet til ulike symptomer og problemstillinger i livets slutfase. Håndboken tar utgangspunkt i lindrende behandling ved avansert kreftsykdom, men tiltakene kan òg være overførbare til andre pasientgrupper.

Palliativt team

De aller fleste kreftpasienter ønsker mest mulig hjemmetid, og noen ønsker å dø hjemme.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har opprettet Palliativt team (PT). De bistår de ulike sykehusavdelingene og nærliggende kommuner ved behov. De bistår også Finnmarkskommuner ved behov, i og med at kreftpasientene fra Finnmark ofte sokner til UNN og på grunn av at Finnmark ikke har et slikt tilbud per dags dato.

Målgruppen er kreftpasienter hvor kurativ behandling er avsluttet, pasienter med kort forventet levetid, pasienter med behov for hjelp til lindring av plager, og ved hjelp til planlegging og organisering av hjemme tiden.

PT har som mål forebygge unødvendige sykehusinnleggelser. De skal ikke være istedenfor, men i tillegg til gjeldende ordninger. Dette medfører trygghet for pasienter, pårørende og hjemmetjeneste når de står i vanskelige situasjoner i hjemmet.

Pasienter kan henvises PT (legehenvisning), dersom for eksempel symptombildet er veldig komplekst og det er behov for at PT får gå i dybden og gjøre vurderinger og komme med forslag til tiltak. Det kan være hensiktsmessig at en slik henvisning kommer i forkant av en sykehusinnleggelse på UNN, slik at PT kan kontakte pasienten mens pasienten er innlagt. Helsepersonell kan også kontakte PT mer “uformelt”, men da vil ikke PT ha mulighet å gå i

dybden på pasientens utfordringer. De kan allikevel være en god og viktig støttespiller og rådgiver.

Montebellosenteret

Montebellosenteret er en helseinstitusjon for kreftpasienter og deres pårørende, som tilbyr kursopphold med fokus på livsmestring. Oppholdene for pasienter og pårørende finansieres ved refusjon fra Helsetjenesteforvaltningen (HELFO). Helse- og omsorgsdepartementet bestemmer antall pasientdøgn som årlig refunderes. Alle med norske trygderettigheter som har, eller er behandlet for kreft kan søke om opphold på Montebellosenteret. Det er anledning til å ha med en pårørende, eller en som står den kreftsyke nær på alle kurs. Kursprogrammet er tilrettelagt for at pårørende/nærstående deltar aktivt i hele kurset. De fleste opplever at det er en stor fordel å delta på kurset sammen med den de lever sammen med i det daglige. På familierehabiliteringskurs blir familier som har minst ett barn i skolepliktig alder prioritert fordi samtalegruppene er for barn i skolealder. På kurs for familier med kreftsyke barn er det egne samtalegrupper for søsken.

Forebyggende arbeid og folkehelseperspektiv

Det fremkommer av Kommuneplan for Kautokeino kommune at folkehelseperspektivet skal danne grunnlag for alle relevante planer som utarbeides av kommunen (Kommuneplanens samfunnsdel, s. 20, 2017).

Antall krefttilfeller øker, og det er anslått at et av tre krefttilfeller har sammenheng med vår levemåte (Kreftforeningen, u.å.). Det er derfor viktig å informere om faktorer som kan øke risiko for kreft, slik at det motiverer befolkningen til å endre livsstil, eventuelt å opprettholde en god livsstil.

De beste midlene vi har for å forebygge kreft, handler om en helhetlig livsstil, ikke om enkle og enkeltstående tiltak. Det finnes ikke noe som du kan sørge for å holde deg unna, og så være sikret at du aldri får kreft. Det er ikke sånn at det finnes ett enkelt vidundermiddel som gjør at risikoen for kreft forsvinner. En har altså ingen garanti for ikke å få

kreft, men det er mye den enkelte kan gjøre for å redusere risikoen for å utvikle kreft. For de som allerede har hatt en kreftsykdom, vi disse rådene i aller høyeste grad være aktuelle. En sunn livsstil reduserer risikoen for ny kreftsykdom.

International Agency for Research on Cancer (IARC) er Verdens Helseorganisasjons (WHO) organ for kreftforskning - et organ som består av ledende internasjonale kreftforskere. De har publisert 12 råd mot kreft. Det må understrekes at det her er snakk om å redusere risikoen, for det er ikke mulig å fjerne kreftrisiko fullstendig (Kreftregisteret, u.å.).

1. Ikke røyk eller bruk noen annen form for tobakk.
2. La hjemmet ditt være røykfritt. Støtt opp om et røykfritt miljø i arbeidstida.
3. Sørg for å ha en sunn kroppsvekt.
4. Ha en fysisk aktiv hverdag. Begrens tiden du bruker på stillesittende aktiviteter.
5. Velg et sunt kosthold;
 - Spis rikelig med fullkorn, grønnsaker, belgfrukter og frukt.
 - Begrens mengden mat med mye kalorier (mye sukker og fett), og unngå sukkerholdig drikke.
 - Unngå bearbeidet kjøtt, og begrens mengden rødt kjøtt og mat med mye salt.
6. Om du drikker alkohol, begrens inntaket. For å forebygge kreft er totalavhold aller best.
7. Unngå mye sol, pass spesielt godt på å beskytte barn. Bruk solbeskyttelse. Ikke ta solarium.
8. Beskytt deg mot kreftfremkallende stoffer på arbeidsplassen ved å følge instruksjoner for helse, miljø og sikkerhet.
9. Finn ut om radonverdiene i hjemmet ditt er forhøyede. Sett i verk tiltak for å redusere høye radonnivåer.
10. For kvinner:
 - Amming reduserer mors kreftrisiko. Om mulig bør du amme barnet.
 - Hormonbehandling i overgangsalderen øker risikoen for visse kreftformer. Begrens bruken av slike hormoner.

11. Sørg for at barna dine deltar i offentlige vaksinasjonsprogrammer mot:

- Hepatitt B (for nyfødte med foreldre fra land med mye hepatitt B).
- Humant Papillomavirus (HPV) (for jenter på 7.trinn).

12. Delta i organiserte screeningprogrammer mot:

- Brystkreft (kvinner, 50-69 år).
- Livmorhalskreft (kvinner, 25-69 år).
- Tarmkreft (menn og kvinner, 50-74 år, pilotprosjekt i enkelte fylker).

Mål:

Økt kunnskap og holdningsendring blant befolkningen knyttet til hva den enkelte selv kan gjøre for å forebygge kreftutvikling.

Tiltak:

Kommunen har et ansvar for å tilrettelegge og iverksette tiltak mot de miljø og samfunnsforhold som gjør at sykdom oppstår. Det innebærer å skape gode oppvekst- og levevilkår som tilrettelegger for sunne levevaner, fremmer felleskap, trygghet og deltakelse. Relevante brosjyremateriell skal være tilgjengelig på legekantor og helsestasjon. Kvaliteten på både skriftlig og muntlig informasjonen må være slik at den engasjerer målgruppen til aktiv handling.

Fastlegen har et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner blant sine pasienter, blant annet personer som er i faresonen for å utvikle livsstils- relatert kreft, og dersom det er behov, sørge for individuelt rettet veiledning og oppfølging.

Helsestasjonen/skolehelsetjenesten skal drive forebyggende arbeid blant barn og unge. Grunnlaget for en god helse legges i barne- og ungdomsårene. Det er derfor viktig at forebyggende tiltak rettes mot barn og unge.

Utredning

Fastlege henviser den enkelte pasient videre til utredning ut ifra symptomer de har. Det er viktig at diagnosen stilles så tidlig som mulig, slik at relevant behandling kan iverksettes. Det er kommet egne pakkeforløp for kreft som gjør at det ved mistanke skal ta minst mulig tid fra man sender henvisning til sykehus til utredning

Mål

Hvert tilfelle bør påvises så tidlig som mulig, og videre utredning skal iverksettes. Ventetid må unngås.

Tiltak

Oppfølging av risikopasienter. Øke kunnskapen blant befolkningen slik at lege oppsøkes så raskt som mulig ved tegn på sykdom. Fastlegen henviser pasienten raskt videre til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.

Behandling og palliasjon

De siste tiårene har det skjedd betydelig fremskritt innen utredning og behandling av de ulike kreftsykdommene. Behandlingen er blitt mer målrettet og dermed mer skånsom mot andre organer i kroppen. Behandlingsformene er først og fremst operasjon, strålebehandling, cellegift og hormonbehandling. De forskjellige behandlingsformene kan brukes alene eller i kombinasjon med hverandre. Hovedmålet med behandlingen kan være at pasienten skal bli helt frisk (helbredelse, kurativ behandling) eller så kan hensikten være å forlenge livet og det kan være ren symptomlindring, som for eksempel smertelindring og lindring av andre plagsomme symptomer og psykisk støtte (lindrende, palliativ behandling).

Samhandlingsreformen medfører at mye av behandlingen blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Dette kan innebære at en del pasienter vil kunne motta behandling i hjemkommunen, noe som ved en krevende kreftbehandling vil gi dem en lettere hverdag. Per i dag må kreftpasienter påberegne seg lange reiser til og fra cytostatikabehandlinger i Tromsø, Hammerfest eller Alta. Alta (spesialistpoliklinikken), som blir nærmest, tilbyr enkelte typer cytostatikabehandling for pasienter fra Kautokeino. Det er imidlertid noe begrenset kapasitet. Det er en lang og krevende reisevei for mange av pasientene, spesielt vinterstid. Hjemreisen preges ofte av mange bivirkninger av behandlingen slik som kvalme og utmattelse. Å kunne gi cytostatika (cellegift) lokalt vil kunne ha stor betydning. Det kreves imidlertid at kommunen innehar spesial kompetanse og utstyr (LAF benk, infusjonspumper og egnet lokale, for å nevne noe) for å kunne imøtekomme denne oppgaven.

Pasienter som får palliativ (lindrende) behandling har begrenset levetid og ofte store og sammensatte behov. Dette innebærer behov for kartlegging av symptomer og plager som nedsetter eller ødelegger pasientens livskvalitet, samtidig som verken livsforlengelse eller helbredelse er siktemål. En slik arbeidsform og tankegang er også overførbart til andre kroniske, uhelbredelige eller dødelige sykdommer.

Mens kurativ medisin ofte er standardisert, vil ofte lindrende behandling kreve stor grad av individualisering. De enkelte symptomene går ofte i hverandre og iverksatt tiltak vil kunne endre symptombildet og bidra med nye plager (bivirkninger) og det hele kan forsterkes av psykiske, sosiale, familiære, økonomiske og eksistensielle faktorer hos pasienten og de pårørende. For full forståelse av de prosesser som en alvorlig syk pasient gjennomlever, kreves ofte et tverrfaglig samarbeid (Lindring i Nord, 2012).

Mål 1

Kreftpasienter skal få tilbud om noen typer cytostatika-behandling (cellegift) i Kautokeino kommune, i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset, der det er faglig forsvarlig.

Tiltak:

- ❖ Kurs, opplæring i administrering og oppfølging av cytostatikabehandling
 - Kreftavdelingen ved UNN Tromsø tilbyr årlige cytostatikakurs i Tromsø.
Målgruppen for dette kurset er sykepleiere som skal administrere cytostatika og/eller har oppfølging av pasienter som får cytostatika.
- ❖ Hvis dette skal bli realisert må
 - Kreftkoordinator frikjøpes fra andre oppgaver, for å administrere cytostatika til kreftpasienter.
 - Kommunen sørge for innkjøp av nødvendig utstyr, slik som LAF benk og infusjonspumper.
 - Det må tilpasses et egnet rom/lokale med egnede møblement
 - Gode rutiner og prosedyrer må utarbeides og kvalitetssikres, samt evalueres ved behov.
 - En slik spesialoppgave vil kreve et nært samarbeid mellom sykepleier, fastlege, spesialisthelsetjenesten og apotek.

Mål 2

Helsepersonell i kommunen skal ha kompetanse til å ivareta kreftpasienter og deres pårørende i alle faser av sykdommen. Personellet må ha innsikt i og korrekt fortolkning av pasientens totale symptombylde. Evne til oppfølging og justering av behandlingen etter hvert som symptomene endrer seg og sykdommen progredierer (forverrer seg). Helsepersonell skal også hjelpe og bistå pasient og pårørende i forhold til behandlingshjelpemidler.

Tiltak:

- ❖ Tilbud om videreutdanning, kurs og hospitering.
- ❖ Internundervisning.
- ❖ Fagmøter/fagdager
- ❖ Flerfaglig/tverrfaglig samarbeid.
- ❖ Samarbeid med ulike organisasjoner/foreninger
 - eks. Kreftforeningen, Montebello, Lindring i Nord, Palliativt team
- ❖ Søke kompetansehevende midler (Helsedirektoratet)
 - For eksempel «Livets siste dager»

Mål 3

Kreftpasienter og deres pårørende skal oppleve en helhetlig helse og omsorgstjeneste.

Vi må imøtekomme pasientens og pårørende sine individuelle ønsker og behov så langt det lar seg gjøre. Pasient og pårørende må føle seg trygg på at de blir ivaretatt, sett og hørt. Dette oppnås med å ha rett person på rett plass i forhold til kompetanse og utførelse av pleien.

Tiltak:

- ❖ Opprette individuell plan (oversikt over koordinerte tjenester som bruker har behov for).
- ❖ Oppnevne primærsykepleier til hver enkelt bruker.
 - Kreftkoordinator regnes ikke som primærsykepleier
- ❖ Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt bedre det tverrfaglige samarbeidet mellom de ulike avdelingene i kommunen
- ❖ Tett samarbeid mellom fastlege, kreftkoordinator og aktuelle avdelinger

- ❖ Kontakte andre samarbeidspartnere ved behov
 - for eksempel helsesykepleier/skolehelsetjenesten, skole, barnehage, PPT, barnevern, Kreftforeningen, spesialisthelsetjenesten.

Mål 4

Kreftpasienter med kort forventet levetid skal få mest mulig hjemmetid. Dersom ønskelig skal de ha mulighet til å dø hjemme. De skal få lindrende behandling i eget hjem så langt det er faglig forsvarlig. Det skal sørges for at pasienter ikke legges inn på sykehus hvis de kan få like god eller bedre behandling i hjemkommunen på for eksempel sykestua. For å få dette til må det være kvalifisert helsepersonell tilgjengelig. Det er viktig med kontinuitet i pleien, slik at pasient og pårørende slipper å forholde seg til for mange pleiere. Pårørende har krav på inntil 60 dager med pleiepenger i livets slutfase, og pårørende må informeres om dette. Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid kan søke omsorgslønn. Det er viktig å merke seg at både pleiepenger og omsorgslønn gjelder kun når pasienten pleies og får omsorg hjemme, ikke når vedkommende er innlagt på institusjon.

Tiltak:

- ❖ Tett samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten, der det også er behov for at fastlege (eventuelt vakthavende lege på legevakt) kan gjøre hjemmebesøk.
- ❖ Samarbeid med NAV for informasjon og hjelp i forhold til trygderettigheter.
- ❖ Samarbeid med Palliativt Team ved UNN og Lindring i Nord, ved behov.
- ❖ Primærsykepleier for hver pasient
- ❖ Internundervisning og opplæring av helsepersonell
- ❖ Det må være teknisk utstyr tilgjengelig
- ❖ Kunnskap, vilje og evne til å ta tilgjengelige redskaper knyttet til symptomlindrende medikamenter i bruk, slik som for eksempel smertepumpe.
 - Komme i gang med bruk av smertepumpe.
 - Hjemmetjenesten og sykehjemmet har kjøpt CADD-Legacy PCA 6300. Dette er samme type smertepumpe som blant annet kreftavdelingen ved UNN benytter
- ❖ Opprette et Lindrende skrin med nødvendige medikamenter som er tilgjengelig til enhver tid.
- ❖ Tilstrebe et tett samarbeid med pårørende.

- Hjemmetjenesten er avhengige av at pårørende kan være behjelpelig i denne fasen, da de ikke kan være tilgjengelig hele døgnet.
- ❖ Det må være fleksibilitet og midler til ekstra ressurser når dette er nødvendig, for eksempel i pasientens siste levedøgn.
 - Gjelder alle avdelinger
- ❖ Ivaretagelse av pårørende under og etter sykdomsforløp.
- ❖ Viktig å ha fokus på barn og ungdom som pårørende.

Rehabilitering

Målet med rehabilitering er at pasientene skal bli bedre rustet til å håndtere de endringer som sykdom, behandling og langtidsfølger medfører, uavhengig av forventet levetid.

Rehabilitering og opptrening gir kreftpasienter mulighet og raskere komme tilbake til hverdagen. Behovet for rehabilitering er individuelt og kan forandre seg ut i fra hvor i sykdomsforløpet pasienten er. Fysisk aktivitet og et godt sammensatt kosthold vil kunne virke positivt både fysisk og psykisk. Å møte andre i samme situasjon kan for mange medføre trygghet og samhold. Informasjon og praktiske råd om tiden etter kreftbehandling er viktig, slik at den enkelte har gode forutsetning for å mestre tiden under og etter behandling på en best mulig måte. (Kreftforeningen, 2019)

Montebellosenteret ved Lillehammer er en nasjonal helseinstitusjon for kreftpasienter og pårørende med ulike kurs. Formålet er livsmestring. Vardesenteret på UNN i Tromsø har som formål å være en arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsepersonell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Ellers foregår den viktigste rehabiliteringen i pasientens egen hverdag, og kan for eksempel være å klare påkledning, matlaging og andre daglige gjøremål (Kreftforeningen, 2019).

Mål

Kreftpasienter skal oppleve mestring og best mulig livskvalitet i tiden under og etter behandlingsforløpet

Tiltak

- ❖ Tilby støtte, veiledning og oppfølging under og etter kreftbehandlingen.
- ❖ Hjelp den enkelte til å oppnå egne, realistiske mål.
- ❖ Informere om ulike tilbud (for eksempel Montebellosenteret, Vardesenteret, Kreftforeningen, ulike mestringskurs og pasientforeninger)
- ❖ Bevisstgjøre helsepersonell om ulike tilbud som finnes.

Oppsummering

Planen inneholder en beskrivelse av dagens omsorgstilbud i Kautokeino kommune. Den inneholder også framtidige behov med forslag til tiltak i kommunen.

Det er viktig å se dagens status mot fremtidige utfordringer, både når det gjelder kompetanse og ressurser. Med et økende antall krefttilfeller, og i tråd med Samhandlingsreformen, er det behov for kompetansehevende tiltak og at kreftomsorgen styrkes.

Aktuelle lenker

- ❖ <https://www.montebellosenteret.no/>
- ❖ <https://kreftforeningen.no/>
- ❖ <https://unn.no/fag-og-forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord>
- ❖ <https://www.kreftregisteret.no/>
- ❖ <https://kreftforeningen.no/vardesenteret/sentersider/unn-vardesenteret/>

Lovgrunnlag

Viktige lover som omhandler tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig sykdomsdiagnoser:

- ❖ Folketrygdloven (1997– 02-28-19) - § 2-5: rett til individuell plan
- ❖ Helse- og omsorgstjenesteloven (2011)
- ❖ Helsepersonelloven (1999– 07-02 nr. 64)
- ❖ Pasient og brukerrettighetsloven (2012)

Referanser

Forsidebildet er fotografert i Fielbmájohka, Kautokeino kommune, av Aslak Mathis M. Skum. Bildet er publisert med tillatelse.

- Cancer Registry of Norway. (2018). Cancer in Norway 2017 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2018. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2018/>
- Helse og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted - til rett tid. (Meld St. 47, 2008 – 2009). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/docId=STM200820090047000DDDEPIS&q=samhandlingsreformen&navc hap=1 &ch=1#match_0
- Helsedirektoratet. (2019). Pårørendeveileder. (Nasjonal veileder). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder#!>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Kommuneplanens samfunnsdel 2017-2029.
- Kreftregisteret. (u.å.). Kronikk: 12 råd mot kreft. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/12-rad-mot-kreft/>
- Kreftregisteret. (u.å.). Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/>
- Kreftforeningen. (u.å.). Hva er kreft? Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftforeningen. (2019). Rehabilitering. Hentet fra: <http://www.kreftforeningen.no/rehabilitering>
- Legeforeningen. (2016). Begreper med tilknytning til palliasjon. Hentet fra: https://legeforeningen.no/Global/Spesialforeninger/Norsk%20forening%20for%20palliativ%20medisin/Begrepsliste_september2016.pdf

- Lindring i Nord (2012). Håndbok i lindrende behandling. Universitetssykehuset i Nord-Norge. Hentet fra: <https://unn.no/fag-og-forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord#h%C3%A5ndbok-i-lindrende-behandling>
- Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) (2016). Kreftsykepleie, pasient- utfordring - handling. Oslo: Akribe forlag