

Desentralisert kreftomsorg i Finnmark

Store geografiske avstander er ingen hindring for interkommunalt samarbeid og god samhandling mellom sykestuer og spesialisthelsetjenesten. Kreftpasienter kan få god medisinsk behandling og pleie ved kommunale sykestuer. Det viser erfaringer fra to kommuner i Finnmark.

Erik Langfeldt
 erlangf@online.no
Tone Nørstad
Annette Eidsen
Sissel Andreassen
Jan Norum

Finnmark er Norges største fylke, men er minst i folketall med om lag 73 000 innbyggere. Fylket har 19 kommuner, hvorav 16 har sykestue med 1–9 plasser (1). De til sammen 40 sykestueplassene betjener omkring 50 000 innbyggere (fig 1). Spesialisthelsetjenesten er i hovedsak lokalisert til sykehusene i Kirkenes og Hammerfest. Avstanden mellom sykehusene er 481 kilometer, mens gjennomsnittlig reiseavstand fra en sykestue til et sykehus er 191 kilometer. I de fleste tilfeller er avstanden mellom sentrene i kommunene meget stor. Klimatiske forhold skaper ofte betydelige vansker for transport og logistikk.

Kreft er en av de store sykdomsgruppene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten (2). Sykestuen er godt egnet som arena for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om de alvorlig syke og kan være en koordinerende instans for kommunens arbeid med slike pasienter.

Nordkapp kommune, med vel 3 200 innbyggere, har i mange år vært førende innenfor utviklingen av sykestuene funksjon og tok initiativ til et treårig kvalitets- og utviklingsprosjekt om kommunale helse-tjenester for kreftpasienter. Prosjektet ble gjennomført i perioden 2009–11 i samarbeid med Vadsø kommune, som har ca. 6 100 innbyggere. Hovedmålet var å sikre kvalitet i kreftomsorgen og god omsorg ved livets slutt, å bygge nettverk for å understøtte utviklingen av disse tjenestene i Vadsø, Nordkapp og andre kommuner i fylket og å stimulere til økt bruk av telematikk som kommunikasjonsverktøy. Da prosjektet var avsluttet, ble det foretatt en retrospektiv gjennomgang av erfaringene og utarbeidet en beskrivelse av medisinsk behandling og pleie av de berørte pasienter.

Prosjektet

De to kreftsyepleierne i henholdsvis Nordkapp og Vadsø kommune var sentrale i prosjektet. Ergoterapeut og kommuneoverlege i Nordkapp var henholdsvis prosjektleder og prosjektansvarlig. Alle instanser og nivåer i helsetjenesten i fylket med ansvar innen kreftomsorg og lindring ble invitert til å delta på ulike måter. Regionalt kompetanse- og ressursenter for lindrende behandling ved Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø var den viktigste faglige samarbeidspartneren i spesialisthelsetjenesten. Betydningen av kvalitetsutvikling, tverrfaglighet og bruk av sykestuefunksjonen i kreftomsorgen ble viet særlig oppmerksomhet.

Det ble gitt kontinuerlig tilbud om opplæring av nytt personell i bruk av pumper til subkutane og intravenøse infusjoner. For å sikre god symptomregistrering og evaluering av tiltak innenfor lindrende behandling ble pasientenes symptomer registrert ved bruk av ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) (3) og smertejournal fra Universitetssykehuset Nord-Norge.

Både Nordkapp og Vadsø kommune hadde som mål å utvikle felles prosedyrer og retningslinjer og å utveksle erfaringer. Andre kommuner i fylket ble invitert til å delta i et telemedisinsk nettverk, som omfattet undervisning, drøftinger og rådgivning. Anonymiserte kasuistikker ble benyttet for å lære om mulige pasient- og samhandlingsforløp.

Kreftavdelingen i Tromsø tilbød alle kommuner i Finnmark et ukentlig telematikk-møte, og de to kommunene arrangerte i samarbeid med Kreftavdelingen og Helse Finnmark en årlig felleskonferanse i Finnmark rettet mot sykepleiere og rehabiliteringspersonell i kommunene. På hver konferanse fikk Kreftforeningen avsatt tid for å ta opp aktuelle temaer knyttet til brukergrupper. Fylkeskonferansene ble benyttet til å gi etterspurt faglig påfyll og til nettverksbygging og erfaringsutveksling.

Kvalitetsutvikling, nettverk og undervisning

Gjennom dialogmøtene ble det avdekket behov for flere kvalitetssikringstiltak, blant annet systematisk undervisning og veiled-

ning, og fordeling av ansvarsoppgaver. Felles prosedyrer for cellegiftbehandling ble utarbeidet og utvekslet i det interkommunale nettverket. Prosedyrene ble kvalitetssikret av farmasøyt ved Sykehusapotek Nord i Tromsø. Kreftavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge holdt kurs i administrering av cellegiftbehandling ved bruk av telematikk. I begge kommunene fikk pasientene væskebehandling og ernæring parenteralt i sykestuene, og flere også i hjemmet over mange måneder. Prosedyrer for væskebehandling, parenteral ernæring, blodprøvetaking samt bruk og stell av sentralt venekateter ble kvalitetssikret.

Det viste seg vanskelig å rekruttere fast deltakelse og få egenaktivitet i andre kommuner enn Nordkapp og Vadsø. Det siste året ble nettverket utvidet til også å omfatte kreftsyepleiere ved sykehusene i Finnmark. Nettverksmøtene med kreftavdelingen i Tromsø samlet helsepersonell fra 3–5 kommuner hver gang. Denne kontakten med spesialisthelsetjenesten opplevde deltakerne som meget nyttig.

Kreftsyepleierne i prosjektet og prosjektleder deltok i etterutdanning i kreftrehabilitering ved Universitetet i Tromsø, noe som ga nye kontakter i fagmiljøet og tilførte kommunene nyttig og oppdatert kunnskap. Prosjektleder ble inkludert i det regionale nettverket for rehabilitering av kreftpasienter initiert av rehabiliteringsklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge, og begge kommunene hadde hver sin hospitant fra andre kommuner.

Kreftpasienter i Nordkapp kommune

Pasienter som fikk cellegiftbehandling i løpet av prosjektperioden i Nordkapp kommune, ble registrert i en egen database, og bruken av sykestuen i Nordkapp i perioden 2010–11 ble prospektivt registrert i henhold til kvartalsvise meldinger til Norsk Pasientregister (NPR), men tilsvarende data for 2009 ble innhentet fra egne registreringer i sykestuen. I begge tilfeller ble data kvalitetssikret ved parallell gjennomgang av legejournaler og pleiejournaler i kommunehelsetjenesten. Prosjektet ble gjennomført som et utviklings- og kvalitets-sikringsprosjekt.

Pasienter i terminal fase fikk velge om de

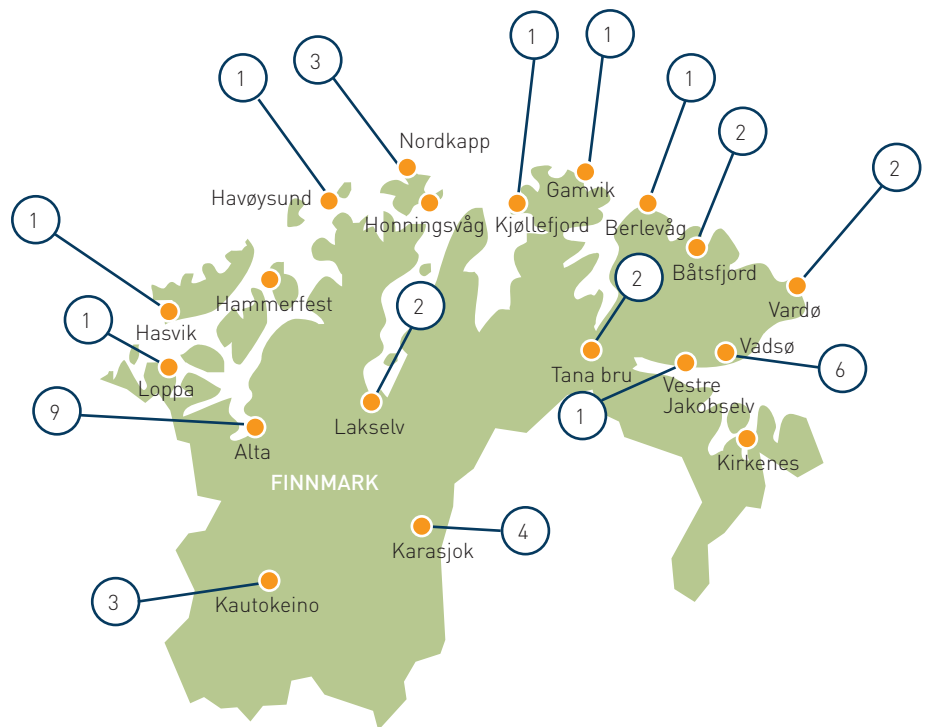
ønsket sykeleiet hjemme eller i sykestuen. Bruk av ESAS-skjemaene ga god oversikt over pasientenes symptomprofil og gjorde det mulig for helsetjenesten å sette inn korrigerende tiltak på en systematisk og oversiktlig måte. 35 av kreftpasientene hadde minst ett opphold i sykestuen, med en gjennomsnittlig varighet på drøyt fem døgn (opphold for cellegift ikke medregnet). Det ble gitt 162 cellegiftbehandlinger til 22 kreftpasienter, inkludert kombinasjonskurer over to døgn med oksaliplatin, fluorouracil og kalsiumfolinat samt med fluorouracil og leukovorin. Det ble dessuten gitt trastuzumab ved brystkreft og sandostatin ved lungekreft (4). For å forebygge komplikasjoner som hyperkalsemi og frakturer ble det også gitt infusjoner med bifosfonater til pasienter med skjelettmastaser. Flere pasienter ble behandlet ved bruk av smertepumpe, sentralt venekateter, blodtransfusjoner og trombocyttkonsentrat.

Rundt halvparten av pasientene var i live ved studiens slutt. For dem som døde var dødsstedet (etter hyppighet) sykestue, hjem og sykehus. Ingen av dem som døde i sykehus, var innlagt der for utredning eller evaluering. De hyppigste kreftformene var lungekreft, brystkreft, pancreaskreft, tykktarmskreft og blod- eller lymfekreft.

Diskusjon

Selv om avstanden mellom kommunene Vadsø og Nordkapp tilsvarer distansen Oslo–Trondheim, etablerte kreftsykepleierne et godt praktisk samarbeid. Dette skjerpet kommunehelsetjenestene faglig og styrket utviklingen av egne tjenestetilbud. Både personale, pasienter og pårørende opplevde kunnskap, ferdighetsutvikling og erfaring med lindrende behandling som trygghetsskapende. Vi satset bredt på å utvikle den praktiske kompetansen, der de mest erfarne ledet arbeidet. Samhandling med spesialisthelsetjenesten, særlig med kreftavdelingen ved Universitetssykehuset Nord-Norge, bidro til gode faglige rammer for tjenestene. Overlapping bruk av personell innenfor institusjonstjenesten og hjemmebaserte tjenester krevde samordning og god informasjonsflyt mellom nivåene, noe som sikret organisatorisk fleksibilitet og tydelig ansvars plassering. Teambygging og helhetlige pasientforløp gjorde det også mulig å håndtere dårlige kreftpasienter i hjemmet på en god måte.

På denne måten ble tjenestene kvalitets-sikret og vi begrenset sårbarhet knyttet til skiftordninger. ESAS-skjemaene styrket samhandlingen mellom pasientene, de pårørende og behandlingsteamene. Vurderingsgrunnlaget for å håndtere alvorlig syke kreftpasienter ble opplevd som godt, også for å avklare når det var nødvendig med innleggelse i sykehus.



Figur 1 Finnmark fylke og lokalisering av de 16 sykestueenhetene samt antall plasser på hvert sted

Prosjektet førte til at de to kommunene klarte å etablere helsetjenester av god kvalitet til kreftpasienter, også sett i forhold til nasjonale retningslinjer om palliativ kreftomsorg (5). Samhandlingen i nettverk kan videreutvikles på begge nivåer. Medisinsk-faglig, organisatorisk og etisk var det ytterst sjelden noe problem å håndtere omsorg ved livets slutt. Indikasjon for kortere sykehusinnleggelse var først og fremst behov for medisinske kontrollundersøkelser eller evaluering, justering av lindrende behandling, teknisk tilrettelegging, for eksempel å legge inn sentralt venekateter, eller palliativ strålebehandling.

Kreftpasienter utgjorde den største pasientgruppen ved sykestuene i Finnmark i perioden 2007–10 (6). Dette prosjektet bekreftet at kreftpasienter utgjør en betydelig del av sykestuepasientene i kommunene når det gjelder både korttids- og langtidsopphold.

Helsetjenesten i kommunene er avhengig av kvalifisert helsepersonell som er integrert i lokalsamfunnet og har tverrfaglig kompetanse. Dette forutsetter etterspørsel av helsetjenester i befolkningen, personell med faglige ambisjoner og et godt forhold mellom fagpersonell, kommuneadministrasjon og folkevalgte. I flere av de andre kommunene i fylket møtte fagpersonell prosjektsatsingen med entusiasme, mens det ofte var mangelfull tilslutning administrativt og organisatorisk.

Telemedisinske hjelpemidler er godt utbygd på de fleste nivåer i helsetjenesten i Finnmark og oppleves som nyttig av mange brukere (7). Likevel brukes telemedisin lite i mange kommuner (8). I enkelte kommuner skapte dette vansker for prosjektet. De to prosjektkommunene utviklet metoder og nettverk for å etablere desentraliserte helsetjenester til kreftpasienter. Andre kommuner kan dra nytte av disse erfaringene. Når sykestueavtalen mellom helseforetak og kommunene skal revideres, må bruk av telemedisin og befolkningens rett til kvalifisert desentralisert kreftbehandling bli nedfelt som et forpliktende mål, særlig der reiseavstanden til spesialisthelsetjenesten er stor.

Prosjektet ble støttet økonomisk av Helse Nord og Helsedirektoratet.

Erik Langfeldt (f. 1951)

er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Nordkapp kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tone Nørstad (f. 1961)

er kreftsykepleier i Nordkapp kommune. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Sissel Andreassen (f. 1962)

er kreftsykepleier i Vadsø kommune.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Annette Eidesen (f. 1969)

er kommuneergoterapeut og leder for rehabiliteringstjenesten i Nordkapp kommune.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Jan Norum (f. 1959)

er spesialist i onkologi, fagdirektør i Helse Nord RHF og tilknyttet kreftavdelingen Universitetssykehuset Nord-Norge, og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Døde og dødelighet 1961–2011. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2012. www.ssb.no/a/kortnavn/dode/tab-2012-04-19-01.html [13.6.2013].
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasj_strat_kreftomr.html?id=115233 [13.6.2013].
3. ESAS-skjemaene. Lindring i Nord. Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge, 2008.
4. Bjøru H. Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten. Utposten 2013; nr 1: 5–6.
5. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. IS-1529. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon [13.6.2013].
6. Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finnmark. Tromsø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, Helse Nord RHF, 2012. www.helse-nord.no/skde/bruk-av-sykestuer-og-sykehus-i-sykestuekommuner-i-finnmark-article95340-5002.html [13.6.2013].
7. Donnem T, Ervik B, Magnussen K et al. Bridging the distance: a prospective tele-oncology study in Northern Norway. Support Care Cancer 2012; 20: 2097–103.
8. Olsen T, Gjertsen H. Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark. NF-rapport nr. 13/2011. Bodø: Nordlandsforskning, 2011. http://nordlandsforskning.no/files/Rapp_13_2011.pdf [13.6.2013].

Mottatt 9.11. 2012, første revisjon innsendt 18.3. 2013, godkjent 13.6. 2013. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.