

Sluttrapport for den regionale kreftkoordinatorsatsingen i Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) 2012-2018



Samhandlingsenheten
i Orkdalsregionen 



Liv Ågot Hågensen
Regional kreftkoordinator i SiO 2012- 2018

Rapporten er godkjent av Bjørn Buan
Leder SiO, 08.03.2019

Sammendrag

Innledende kapitler redegjør for bakgrunnen for etableringen av en regional kreftkoordinatorfunksjon i SiO kommunene, samt målsettingene for etableringen og viktige målgrupper. I kapittel 3 beskrives de ulike innsatser og prosesser som er gjennomført i prosjektperioden mens jeg i kapittel 4 utdyper resultater og effekter av dette arbeidet. Avslutningsvis reflekteres det rundt veien videre.

Rapporten redegjør for 8 hovedaspekter/-oppgaver definert som:

- Tilgjengelighet
- Kreftressursene i kommunene
- Kompetanseheving
- Deltakelse i kompetansenettverk og undervisning
- Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten
- Samarbeid med brukerorganisasjoner og videreutvikling av tilbud for pasienter og pårørende
- Orkdalsmodellen
- Kommunekoordinatornettverket for helseledere i SiO

Hver av hovedaspektene utdypes i forhold til konkrete tiltak og prosesser som er iverksatt og omfanget av disse i prosjektperioden.

I forhold til effekten og virkningene av etableringen av en regional kreftkoordinator trekker rapporten frem noen sentrale «kjerneverdier»/-resultater definert som:

- Styrking og videreutvikling av kreftressursnettverket i SiO helseregion
- Kompetansebygging i den enkelte kommune
- Utvikling av samhandlingsrutiner mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
- Representasjon inn i utvalg og nettverk
- Overføringsverdi til andre pasientgrupper

SiO-kommunene har i prosjektperioden 2012-2018 levert en kvalitativt god og stadig bedre kreftomsorg til regionens kreftpasienter og pårørende samtidig som vi har utviklet og bygd fagkompetanse både i regionen som sådan og i den enkelte kommune. Videre har samhandlingen på kreftområdet både innad i kommunene, mellom kommunene, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, styrket seg og blitt mer strukturert i prosjektperioden. Sistnevnte med avgjørende betydning for pasienter og pårørendes opplevelse av helhetlige og sammenhengende pasientforløp. **Det gjelder «å spille hverandre gode».**

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
Forord	4
1.0 Bakgrunn for prosjektet.....	5
2.0 Målsetting og målgruppe.....	7
3.0 Prosjektgjennomføring/ metode	9
3.1 Tilgjengelighet	9
3.2 Kreftressursene i kommunene.....	10
3.3 Kompetanseheving.....	10
3.4 Deltakelse i nettverk og undervisning.....	11
3.5 Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.....	13
3.6 Samarbeid med brukerorganisasjoner og videreutvikling av tilbud for pasienter og pårørende.....	14
3.7 «Orkdalsmodellen»	15
3.8 Kommunekoordinatornettverket for helseledere i SiO	16
4.0 Resultater, vurdering, effektmål og resultatvurdering.....	17
4.1 «Kjerneverdier»/-resultater i prosjektet	18
4.2. Velferdsmessige og økonomiske virkninger av kreftkoordinator i kommunene.....	20
5.0 Veien videre	23
Referanser.....	25

Forord

Sentralt i et prosjekt er å forsøke å lande prosjektet på en slik måte at det gir verdiskaping og læring. Gjennom denne sluttrapporten vil jeg synliggjøre viktige læringserfaringer fra prosjektperioden.

På mange måter har denne stillingen vært et nybrottsarbeid rundt kreft og kreftkoordinering, dette pga. antallet kommuner, ulike kommunestørrelser og et stort geografisk distrikt.

Kreftkoordinatorstillinga i SiO har vært landets største interkommunale samarbeid.

Jeg vil rette en takk til Kreftforeninga og alle landets kreftkoordinatorer for støtten og oppfølgingen underveis disse årene, den har vært uvurderlig. Takk til enhetsledere i SiO for at dere i prosjektperioden har hatt trua på mitt arbeid og gitt meg muligheten til å arbeide selvstendig. Dere har gitt meg gode råd da jeg trengte det da veien ofte ble til mens jeg gikk! I tillegg vil jeg takke lokale kreftsykepleiere, kreftressurser og helseledere i Orkdalsregionen. Dere har bidratt slik at vi sammen har fått til mye innen kreftkoordinering og interkommunalt samarbeid.

Jeg har i tråd med Kreftforeningas intensjoner hatt et «sørge- for- ansvar» for å forbedre kreftomsorgen i den enkelte kommune gjennom og via de lokale kreftressursene. Jeg har hatt et overordnet blikk, vært et kontaktpunkt og en igangsetter og pådriver for kreftarbeidet i samarbeidskommunene. Dette har bidratt til å sette regionen på kartet og «Orkdalsregionen» har fått et fortjent godt rykte for sin kreftsatsing. Sammen har vi spilt hverandre gode.

1.0 Bakgrunn for prosjektet

Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen, SiO, er en sammenslutning av de 12 kommunene, Orkdal, Skaun, Meldal, Agdenes, Snillfjord, Hemne, Halså, Hitra, Frøya, Surnadal, Rennebu og Rindal, alle i nedslagsfeltet til Orkdal sjukehus. I kjølvannet av Samhandlingsreformen, og gjennom SiO samarbeidet, har denne regionen vært aktiv i å utvikle modeller for samhandling mellom kommuner og mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner.

Nasjonal kreftstrategi har som ett av fem målområder at Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp, og bygger på Samhandlingsreformen fra 2012. Det var i den forbindelse en forventning om at kommunene skulle ta et større ansvar for forebygging og oppfølging av kreftpasienter. Dette krevde en bevisst satsning på kompetanseheving innen kreft og kreftomsorg og Kreftforeningas storsatsing på etablering av kommunale kreftkoordinatorer fra 2012 var et vesentlig bidrag for å lykkes i dette arbeidet.

På vegne av Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen (SiO) søkte Skaun kommune Kreftforeninga om etablering av en regional kreftkoordinator og fikk fra september 2012 midler til en 100 % stilling. Forut for søknaden til Kreftforeningen var det i perioden 2011-2013 igangsatt et prosjekt initiert fra Skaun kommune med midler fra Helsedirektoratet. Prosjektet omhandlet kompetansehevende tiltak innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt; «Kreftprosjektet i Skaun». Det ble i prosjektperioden 2011- 2013 etablert et ressursnettverk bestående av 33 helsepersonell fra 12 kommuner i Orkdalsregionen og fra Orkdal sjukehus. De fleste nettverksmedlemmene hadde videreutdanning innen kreft. I løpet av prosjektperioden fikk samtlige kreftressurser en tilrettelagt «kompetansepakke» gjennom hyppige fagdager og kurs.

Gjennom etableringen av ressursnettverket la Orkdalsregionen et godt grunnlag for videre satsing og utvikling av god kreftomsorg i hele regionen. Prosjektleder for Kreftprosjektet i Skaun gikk etter hvert over i stillinga som regional kreftkoordinator. Slik kunne kreftkoordinator fortsette å utvikle kreftomsorgen i regionen, gjennom og via kreftressursene som var etablert i den enkelte kommune. I tillegg kunne kreftkoordinator ha fokus på å jobbe mer på systemnivå for å bedre kreftomsorgen i den enkelte kommune og være en pådriver for videreutvikling av ressursnettverket samt å utvikle gode samhandlingsrutiner mellom første- og andrelinjetjenesten.

St. Olavs Hospital etablerte i november 2012 egen Kreftavdeling ved Orkdal sjukehus. Å etablere gode rutiner for samhandling ved planleggingen og opprettelsen av Kreftavdelingen ved Orkdal sjukehus var viktig for kommunene som soknet til Orkdal sjukehus. Prosjektleder for kreftprosjektet i Skaun ble kommunenes representant i arbeidsgruppen for etablering av kreftavdelingen i 2012.

2.0 Målsetting og målgruppe

Samhandling var og er fortsatt en stor utfordring innenfor komplekse helse- og omsorgstjenester og dette gjør seg i særlig grad gjeldende overfor pasientgrupper med kroniske og sammensatte lidelser, herunder kreftpasienter og terminalt syke. Det var i Orkdalsregionen et økt behov for samarbeid og kompetanseutvikling både innad i den enkelte kommune, mellom kommuner og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i Kreftforeningens utlysning ble det i søknaden konkretisert følgende målsettinger for etableringen av en regional kreftkoordinatorfunksjon i SiO helseregion:

- Skape en helhetlig og sømløs helsetjeneste for den enkelte kreftpasient og deres pårørende i SiO helseregion.
- Ha en oversikt og holde seg oppdatert over det totale tjenestetilbudet i den enkelte kommune i SiO helseregion, og være et bindeledd mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten.
- Bidra til å sikre at den enkelte pasient og pårørende opplever trygghet og faglig god kvalitet i det tjenestetilbudet som gis på alle nivå i helsetjenesten, slik at de kan klare å håndtere utfordringene sykdommen medfører.
- Koordinere samarbeidet mellom SiO- kommunene og avdelingene ved St Olavs Hospital.
- Stillingen skal være synlig og tilgjengelig for pasienter, pårørende, spesialisthelsetjeneste og kommunale ressursykepleiere.
- Bidra til å styrke samarbeidet mellom helsetjenesten, Kreftforeningen, andre pasientforeninger, frivillige og likemenn til det best for kreftpasientene og deres pårørende.
- Gi informasjon, råd og veiledning knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering, palliasjon og omsorg ved livets slutt for kreftpasienter og deres pårørende i SiO-kommunene.
- Bidra til kompetanseheving hos helsepersonell i kommunehelsetjenesten gjennom deltakelse i interkommunalt kompetansenettverk av ressursykepleiere i SiO helseregion.
- Sammen med ressursykepleiere og fastlegen i den enkelte kommune være en brobygger i sykdomsforløpet og en støtte for pasient og pårørende

- Bidra til å spre grunnleggende kunnskap, ferdigheter og holdninger til fagmiljøet rundt seg.

Målgruppene som omtales eksplisitt i målformuleringene ovenfor er; kreftpasienten, pårørende, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, SiO helseregion, ressurspsykeleiernettverket, pasientforeningene, frivillige, likepersoner og fastleger. Dette illustrerer kompleksiteten i arbeidet man satte seg fore og behovet for vekselvis jobbing på henholdsvis system-/styringsnivå og individnivå

3.0 Prosjektgjennomføring/ metode

Støtten fra Kreftforeningen har i perioden bestått av delvis lønnskompensasjon for regional kreftkoordinator i 100 % stilling. De tre første årene tilsvarte denne støtten 75% av lønn og sosiale utgifter for kreftkoordinator mens det i påfølgende tre år var en gradvis nedtrapping på henholdsvis 60 %, 40 % og 20 % lønnskompensasjon. Midlene er tildelt med en eksplisitt forventning «om at funksjonen implementeres i kommunen i løpet av prosjektperioden med tilskuddsmidler». I prosjektperioden fra 15.09.2012-15.09.2018 har Kreftforeningen finansiert 57,5 % av lønnsmidlene til regional kreftkoordinator i SiO. Øvrige lønnskostnader er fordelt mellom de 12 kommunene.

Kreftkoordinatorstillingen har vært forankret i en samarbeidsavtale mellom vertskommunen, Orkdal, og de øvrige kommunene, og kreftkoordinator har i prosjektperioden hatt kontor plass i Skaun kommune.

3.1 TILGJENGELIGHET

Som kreftkoordinator for 12 kommuner er det vanskelig å være synlig og tilgjengelig for alle kreftrammede og pårørende i alle faser av pasientforløpet. Informasjon om regional kreftkoordinator har vært tilgjengelig på alle SiO- kommuners hjemmesider.

Kreftkoordinators rolle og funksjon har også vært omtalt i ulike lokalaviser i regionen. Vi har erfart at bruk av lokalaviser for å gjøre tilbudet kjent blant befolkningen har vært vellykket. Informasjon om regional kreftkoordinator og navn og kontaktinformasjon på alle ressuspersoner i Orkdalsregionen er sendt Samhandlingsavdelingen og Kompetansesenter i Lindrende behandling ved St. Olavs hospital fra 2014- 2018. Ved endringer er det sendt oppdatering. I tillegg har Kreftforeningen hatt informasjon om navn og kontaktinformasjon på alle landets kreftkoordinatorer på sine hjemmesider og i brosjyremateriell. Der det har vært naturlig har regional kreftkoordinator videreformidlet kontakt med lokal kreftressurs.

Mange av henvendelsene har også omhandlet rådgivning på telefon og de har ikke hatt behov for en kontaktperson i kommunen. Det kan se ut som om terskelen for å søke hjelp i små kommuner hvor alle kjenner alle kan være utfordrende for kreftrammede og deres pårørende. I flere av SiO- kommunene har regional kreftkoordinator hatt rådgivningssamtaler og direkte møter da de har oppgitt dette som årsak til at de ønsker å snakke med en «ukjent».

3.2 KREFTRESSURSENE I KOMMUNENE

Kreftkoordinator har hatt et «sørge- for- ansvar» og koordinert kreftomsorgsarbeidet gjennom og via kreftressursene i den enkelte kommune. Kreftkoordinator har hatt et overordnet blikk, vært et kontaktpunkt, en rådgiver og en igangsetter og bidratt til å skape hensiktsmessige rammer og kontinuitet.

Kreftkoordinator har hatt møter med den enkelte kreftressurs og deres nærmeste leder i de ulike kommunene 1- 2 ganger i året fra 2013- 2018. I tillegg har kreftkoordinator gjennomført kommunebesøk hvor kreftkoordinator og kreftressursene har møttes for å utveksle erfaringer rundt muligheter og utfordringer hos den enkelte kommune. Det har da dreid seg om opplæring i medisinteknisk utstyr, rådgivning, pasientkonsultasjoner sammen med lokal kreftressurs, lokale fagdager eller undervisning i etterspurte tema, eksempelvis ernæringskartlegging. Kreftkoordinator har vektlagt å være tilgjengelig for kreftressusene og deres kolleger. Dette har medført at når opplæring ut i distriktet har hastet, har andre planlagte oppdrag i stor grad blitt satt på vent. Dette er en prioritering som har vært verdifull da det skaper trygghet hos helsepersonell, pasienter og pårørende, og bidrar til økt robusthet i kreftomsorgen i Orkdalsregionen.

Kreftkoordinator har vært en pådriver for at den enkelte kreftressurs har et ansvar for å gjøre kolleger i kommunen gode, også innen kreftfeltet. Det er sårbart i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten om kompetanse ikke deles. Samtlige ressurspersoner er oppfordret til å reklamere for sin merkompetanse og sitt meransvar for best mulig kreftomsorg i sin hjemkommune. Naturlige arenaer for dette har vært i kollegiet, hos fastlegene, i lokalavisa og ulike lag og foreninger. Dette har vært tema da kreftkoordinator har vært på kommunebesøk hos den enkelte kreftressurs og ledere i kommunene.

3.3 KOMPETANSEHEVING

Ved prosjektstart i 2012 hadde kreftkoordinator en stor fordel ved at et betydelig arbeid innen nettverksbygging og kompetanseheving var startet på i regi «Kreftprosjektet i Skaun». Kompetanse er ferskvare og nasjonale offentlige utredninger, kreftstrategier og retningslinjer la føringer for satsningsområder i de neste årene. Tema for fagdager ble valgt ut fra dette samt ønsker og behov fra den enkelte kreftressurs og kommune. Også spesialisthelsetjenesten spilte inn ønsker om tema.

Gjennom kreftkoordinatorstillingen har det vært få midler til å betale forelesere. I samarbeid med Kreftforeningen, St. Olav Hospital, Kompetansesenter i Lindrende behandling, NTNU,

og et stort nettverk en hadde skaffet seg i prosjektårene dro regionen nytte av velvilje og positive samarbeidspartnere. Vise versa bidro også kreftkoordinator med undervisning og innlegg på seminarer og konferanser i regi samarbeidspartnere og andre faggrupper. Slik hadde regionen muligheter for å framsnakke arbeidet som var gjort innen kreft og kreftkoordinering i Orkdalsregionen.

I prosjektperioden er det gjennomført:

- 12 fagdager for kreftressursene i SiO og Orkdal sjukehus.
- 2 tverrfaglige fagdager for fysio- og ergoterapeuter og kreftressursene fra SiO-kommunene og Orkdal sjukehus.
- Hospitering for de kommunale kreftressusene på Kreftavdelinga ved Orkdal sjukehus og i avdeling B4 hvor det er «lindrende senger» i perioden 2013- 2014.
- 8 fagdager i samarbeid med prosjektet «Orkdalsmodellen». Disse dagene har først og fremst vært for annet helsepersonell enn kreftressursene. 6 av disse fagdage er arrangert lokalt i SiO- kommunene med den hensikt å legge til rett for økt deltakelse fra arrangørkommunen.
- 6 folkemøter om døden i samarbeid med Kreftforeningen og prosjektet Orkdalsmodellen.
- 2 emnekurs (à 5 kvelder) for 40 leger i kreft og palliasjon i regi «Orkdalsmodellen». Kreftkoordinator har deltatt på kurset samt bidratt med undervisning.

Samtlige ressurspersoner i nettverket har i perioden gjennomgått en tilrettelagt «kompetansepakke» tilsvarende nivå A og B i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Videre har 7 sykepleiere fra ressursnettverket i løpet av prosjektperioden fullført videreutdanning i kreftsykepleie. I tillegg er to under utdanning.

3.4 DELTAKELSE I NETTVERK OG UNDERVISNING

Kreftkoordinator har i prosjektperioden hatt undervisning for kreftsykepleiestudentene ved NTNU. Undervisningen har omhandlet kreftsykepleiers rolle og muligheter i kommunehelsetjenesten.

Kreftkoordinator har deltatt i programråd for kreftsykepleierutdanninga ved NTNU i perioden 2017- 2019. I kraft av denne rollen kan en være med å påvirke fokusområder for innholdet i utdanninga og sikre at kommunehelsetjenesten løftes i utdanninga, både mht. faglige

utfordringer, samhandlingskompetanse og at mere av praksisen legges i kommunehelsetjenesten hos lokale kreftsykepleiere.

Gjennom et godt samarbeid med St. Olavs hospital, NTNU og Kompetansesenteret i Lindrende behandling i Midt- Norge har Orkdalsregionen tatt del i forskning- og utviklingsprosjekter. Dette har vært viktig da det publiseres for lite forskning hvor helsepersonell, pasienter og pårørende fra kommunehelsetjenesten er deltakere og forskere. Kreftkoordinator er medforfatter i forskningartikkelen «Usability testing of EirV3 - a computer-based tool for patient-reported outcome measures in cancer» publisert i tidsskriftet "Supportive Care in Cancer" i september 2018.

Kreftkoordinatorerne i Midt- Norge har i de siste årene møttes hver 3. måned for erfaringsutveksling, faglig påfyll, planlegging av regional fagdag for sørlige Trøndelag og samarbeidsmøte med Kreftforeningen. Dette har vært heldagsmøter, ofte avholdt på Vardesenteret.

I samarbeid med Kompetansesenteret i Lindrende behandling arrangerer Kreftkoordinatorerne den årlige fagdagen i kreft og palliasjon for helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten i sørlige Trøndelag. Orkdalsregionen var vertskap for siste fagdag i oktober 2018 hvor 92 helsepersonell fra hele sørlige Trøndelag var samlet.

Kompetansesenteret i Lindrende behandling har vært en viktig samarbeidspartner i forhold til fagutvikling og tilgjengelige ressurser for undervisning og rådgivning i hele prosjektperioden.

For å «tale kommunens sak» i samhandlingen med sykehuset har kreftkoordinator i hele prosjektperioden ukentlig deltatt i møter i palliativt team ved Kreftavdelinga ved Orkdal sjukehus.

Orkdalsregionen, og spesielt Surnadal kommune, har i flere år vært ledende i arbeidet med helhetlig pasientforløp i hjemmet, også omtalt som HPH. Kreftkoordinator var også inn i dette nettverksarbeidet før hun startet som kreftkoordinator. I utviklingen av pasientforløpet i prosjektet «Orkdalsmodellen» har vi utvekslet erfaringer og kompetanse og sammen utviklet gode sjekklister og kartleggingsskjema med bakgrunn i HPH- arbeidet. Kjernen i arbeidet som vi har tatt med inn «Orkdalsmodellen» er å sikre overganger mellom ulike tjenester og tjenestenivå ved hjelp av sjekklister for å unngå brudd i pasientforløp. I tillegg vektleggingen av funksjon og ikke diagnose for vurdering av tjenestebehov, og fastlegens viktige rolle som kontinuitetsbærer i oppfølgingen av pasienter med behov for koordinerte tjenester.

3.5 SAMHANDLING MELLOM FØRSTE- OG ANDRELINJETJENESTEN

På bakgrunn av pasientforløpsarbeidet kreftkoordinator har tatt del i har hun representert Orkdalsregionen (SiO) inn i Fagråd 2; «Fagråd for samhandling ved innleggelse, utskrivning og overføring av pasienter» de siste fire årene. Erfaringene fra samhandling rundt kreftpasienter har vært nyttige inn i fagrådsarbeidet. Systematisk jobbing med forbedringsarbeid og implementering av avtaleverket i Samarbeidsavtalen mellom kommuner og St. Olavs hospital har vært hovedtyngden i fagrådets arbeid. Fagrådet arrangerte mai 2016 fagdag for 250 helsepersonell fra St. Olav og kommunene som sokner til sykehuset. Som representant for Orkdalsregionen hadde kreftkoordinator her et innlegg rundt pasientforløp og rutiner rundt inn- utskrivning i kommunene.

I samarbeid med Samhandlingsavdelingen ved St. Olav har kreftkoordinator deltatt på møter med Barneklubben for å bedre samhandlingen og bruk av elektronisk meldingsutveksling mellom Barneklubben og kommunehelsetjenesten.

Fastlegens rolle i oppfølgingen av kreftpasienter i kommunehelsetjenesten er vektlagt i prosjektperioden. Dette er i tråd med anbefalinger i Nasjonal kreftstrategi. Fastlegene har en viktig rolle i oppfølging av pasienter med kreft. Fastlegene har ansvar for å koordinere medisinskfaglige tjenester til innbyggerne på sin liste, og de skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Gjennom gode samarbeidsrutiner, innføring av e- meldingsutveksling i prosjektperioden og dialogen mellom helsepersonell innad i kommunen og mellom helsetjenestenivå har vi synliggjort viktigheten av samarbeid for å lykkes med gode pasientforløp.

Ca. 40 av distriktets fastleger har fullført emnekurs i palliasjon i prosjektperioden. Her har fastlegene fått kjennskap til hvor viktig samhandling med spesialisthelsetjenesten, den kommunale kreftsykepleier, hjemmesykepleien og pleie- og omsorgsinstitusjonen i kommunen er for gode pasientforløp.

Å lage gode planer for oppfølging og behandling i samarbeid med behandlende lege i Kreftavdelingen har vært viktig for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Gode samarbeidsrutiner har gjort det mulig å nå målet om mest mulig hjemmetid for kreftpasienter i Orkdalsregionen. At pasient, pårørende og helsepersonell opplever trygghet og forutsigbarhet i situasjonen er vesentlig for hvordan de evaluerer kvaliteten på tjenesten. Kreftavdelingen ved Orkdal sjukehus har vært tilgjengelig for kolleger i kommunehelsetjenesten 24/7 og de har erfart at den direkte dialogen med fastlegen, kreftkoordinator, hjemmesykepleien og

ansatte på kommunale institusjoner betyr mye. Bruk av elektronisk meldingsutveksling har styrket og kvalitetssikret samhandlingsrutinene betydelig.

Kreftkoordinator har også delt og videreformidlet gode erfaringer fra samhandling med fastleger i Skaun kommune. Forventningen om at de stiller opp på sykebesøk hjemme hos syke kreftpasienter har blitt kommunisert så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Slik har fastleger kunnet forberedt seg og selv sagt når det best passet med hjemmebesøk. Velviljen har vært stor og læringskurven har vært bratt for mange av regionens fastleger. Dette er heller ikke hverdagskost for fastlegen.

Det ble i prosjektperioden i Orkdalsmodellen foretatt besøk hos samtlige legekantor i SiO-kommunene av lege og sykepleier fra Kreftavdelingen i Orkdal sammen med lokal kreftressurs. Dette bedret samhandlingsrutinene og ansvarligjorde fastlegene. Terskelen for å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten for rådgivning ble også lavere etter kreftavdelingas møter rundt omkring på Orkdalsregionens legekantor.

3.6 SAMARBEID MED BRUKERORGANISASJONER OG VIDEREUTVIKLING AV TILBUD FOR PASIENTER OG PÅRØRENDE

Vardesenteret i Trondheim er en møteplass i umiddelbar nærhet til St. Olav Hospital. Senteret benyttes av kreftrammede, pårørende og etterlatte men er åpent for alle. Vardesenteret er bemannet av fagpersoner, likepersoner og frivillige som gir rådgivning og støtte.

Kreftkoordinator i Orkdalsregionen har vært tilgjengelig på Vardesenteret 3 timer x 2/ halvår for å møte brukerne av senteret, og da især de som sokner til Orkdalsregionen. Gjennom de direkte møtene er kommunale kreftressurser framsnakket og det er videreformidlet kontaktinformasjon der det har vært ønskelig.

Våren 2018 ble Kreftkoordinator engasjert i Kreftforeningens prosjektgruppe for satsingen «Hverdagshjelpen» som er et pilotprosjekt i kommunene Orkdal, Meldal og Skaun.

Hverdagshjelpen hjelper kreftrammede, pårørende og etterlatte med praktiske gjøremål.

Tjenesten er gratis og utføres i regi av frivillige som har fått opplæring gjennom

Kreftforeningen. Hverdagshjelpen er i dag i drift i Trondheim kommune og da man ønsket å prøve ut prosjektet i mindre kommuner falt valget på tre kommuner i Orkdalsregionen.

Engasjementet rundt kreft og kreftarbeid i regionen hadde betydning for at nettopp

Orkdalsregionens kommuner fikk muligheten til å delta i satsingen. Kreftkoordinator og

kreftressurser i de aktuelle kommunene har vært aktiv innen rekruttering av frivillige og

brukere av tjenesten. Vi er spent på evalueringen av satsingen og det vil i løpet av våren 2019

bli avgjort om Hverdagshjelpen er liv laga også i mindre kommuner og bydeler i Norges langstrakte land.

Kreftkoordinator har hatt et samarbeid med den lokale kreftforeninga i Orkdalsregionen og har fra 2018 vært med som styremedlem. I tillegg har kreftkoordinator samarbeidet med Orkdal sanitetsforening, deriblant gjennom prosjektet Orkdalsmodellen. Kreftkoordinator har også hatt orienteringer om funksjon og rolle til lokale sanitetsforeninger i regionen. Gjennom disse møtene har kreftkoordinator kunnet presentere og framsnakke lokale kreftressurser da disse ikke alltid har vært kjent for foreningene.

Kreftforeningen i Trondheim har i samarbeid med Kreftkoordinator og lokale kreftressurser i Orkdal arrangert «Temakafe for pårørende» i Orkdal. Kurset var over 5 kvelder og var gratis for deltakerne.

Pasientforeningene på kreftområdet er i liten grad etablert med lokalforeninger i Orkdalsregionen. Kreftkoordinator har derfor prioritert å dra til Trondheim for å orientere om kreftkoordinators rolle i Orkdalsregionen under to medlemsmøter for ulike pasientforeninger. Her er samarbeidet med de lokale kreftressursene presentert og kontaktinformasjon utvekslet etter behov.

3.7 «ORKDALSMODELLEN»

Prosjektet «Orkdalsmodellen» initiert av St. Olavs hospital og NTNU har vært en viktig igangsetter og samarbeidspartner for SiO. Prosjektet har gjennom informasjon, fagdager og folkemøter bidratt til økt kompetanse om kreft og palliasjon, både hos helsepersonell, pasienter og den generelle befolkningen. «Orkdalsmodellen» har også bidratt til økt samhandlingskompetanse mellom første- og andrelinjetjenesten.

Kreftkoordinator har vært del av arbeidsgruppen i «Orkdalsmodellen» for utvikling, implementering og revidering av et standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasient. Kreftkoordinator har hatt en sentral rolle både i forhold til forankring og framsnakking av prosjektet, utvikling av spørreskjema i studien, gjennomføring av fagdager og som nettverksansvarlig for kreftressursene i kommunene. I perioden 2014- 2017 brukte regional kreftkoordinator i SiO fra 40- 20% av sin stilling inn i prosjektet.

«Orkdalsmodellen» har også vært et viktig forskningsprosjekt for regionen og kreftkoordinators erfaring fra kommunehelsetjenesten og kjennskap til utfordringer og muligheter har gjort det mulig å påvirke hva det skulle forskes på i kommune. Hensikten er å

få svar på om vi gjennom pasientforløp, kompetanseheving og informasjon oppnår bedre kreftomsorg og bedre samhandling. Spesielt har Orkdalsmodellen hatt fokus på hvor mye tid pasientene tilbringer hjemme istedenfor på institusjon, pårørendes og pasientens livskvalitet og om helsepersonell øker sin kompetanse underveis i prosjektperioden. I løpet av prosjektperioden har rundt 120 pasienter, 60 pårørende og 380 helsepersonell i regionen deltatt i forskningen. Kreftkoordinator er også medforfatter i artikler og abstracts som omhandler Orkdalsmodellen.

3.8 KOMMUNEKOORDINATORNETTVERKET FOR HELSELEDERE I SiO

I prosjektperioden har kreftkoordinator deltatt på møtene i «Kommunekoordinatornettverket for helseledere i SiO- kommunene». Dette har hatt svært stor verdi for forankringen av satsingen og for å sikre løpende kjennskap til kreftkoordinators arbeidsoppgaver i kommunene og på vegne av regionen. Dialogen i møtene har bidratt til gode refleksjoner og ulike perspektiver rundt kreftkoordinators prioriteringer. Gjennom helselederne er kreftarbeidet løftet og forankret slik at kreftressursene har fått muligheter til øremerket tid til lokalt kreftarbeid. I 11 av 12 SiO- kommuner har kreftressurser i løpet av prosjektperioden fått øremerket tid til kreftarbeid.

Øremerking av kreftarbeid i SiO- kommunene pr. 15.09.2018

Orkdal	100		Skaun	20
Meldal	20		Surnadal	40
Rindal	20		Hitra	20
Snillfjord	20		Frøya	30
Hemne	20		Halsa	10
Agdenes	0		Rennebu	20

Kreftkoordinator har også vært i Rådmannskollegiet i SiO- kommunene for å orientere om kreftkoordinatorarbeidet to ganger i løpet av prosjektperioden. I tillegg har kreftkoordinator vært i kommunestyremøter for å framsnakke behovet for øremerking av tid til kreftsykepleier.

4.0 Resultater, vurdering, effektmål og resultatvurdering

Jeg har i foregående kapittel redegjort for prosjektgjennomføring og metode gjennom å utdype de ulike hovedaspektene/-oppgavene ved min funksjon som regional kreftkoordinator i SiO helseregion. De 8 hovedaspektene jeg her har vektlagt er oppsummert:

- Tilgjengelighet
- Kreftressursene i kommunene
- Kompetanseheving
- Deltakelse i kompetansenettverk og undervisning
- Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten
- Samarbeid med brukerorganisasjoner og videreutvikling av tilbud for pasienter og pårørende
- Orkdalsmodellen
- Kommunekoordinatornettverket for helseledere i SiO

Jeg har i omtalen under hvert av disse punktene forsøkt å vise hvordan jeg har arbeidet vekselvis på system- og individnivå, tidvis direkte og tidvis gjennom andre. Har også forsøkt å vise hvordan målgruppen i enkelte sammenhenger er kreftressursen eller kommunehelsetjenesten (ref. bla. kompetanseheving) mens den i andre sammenhenger har vært sykehus og spesialisthelsetjenesten (ref. bla. samhandling). Dog alltid med fokus på kreftpasienten og pårørende som sluttmottakere. Kreftomsorgen blir aldri bedre enn i det direkte møtet med pasient og pårørende!

Kompleksiteten har unektelig vært stor i et interkommunalt helsesamarbeid med hele 12 kommuner preget av stor ulikhet både mht. innbyggertall, avstand til sykehus, organisering av helsetjenester, fastlegedekning, mm. Dette var kjent ved etableringen av den regionale kreftkoordinatorfunksjonen og har preget innrettingen og organiseringen av arbeidet. Kreftkoordinators deltakelse på møtene til helselederne i kommunekoordinatornettverket har i denne sammenheng vært særlig viktig for å gi alle kommunene direkte tilgang, innsyn og påvirkningsmulighet i det løpende arbeidet.

Sett i forhold til målsettingene for etableringen av en regional kreftkoordinatorfunksjon i SiO helseregion, som er redegjort for i kapittel 2, mener jeg vi har lyktes godt i prosjektperioden og at vi som region har utviklet både kompetanse og praksis på kreftområdet som vil være avgjørende i møte med en betydelig økning i antallet kreftpasienter og pårørende i årene fremover. Jeg mener således at SiO-kommunene i prosjektperioden 2012-2018 har levert en kvalitativt god og stadig bedre kreftomsorg til regionens kreftpasienter og pårørende samtidig

som vi har utviklet og bygd fagkompetanse både i regionen som sådan og i den enkelte kommune. Videre at samhandlingen på kreftområdet både innad i kommunene, mellom kommunene, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, har styrket seg og blitt mer strukturert i prosjektperioden. Sistnevnte med avgjørende betydning for pasienter og pårørendes opplevelse av helhetlige og sammenhengende pasientforløp.

Samtidig er denne type arbeid en pågående prosess som stadig utfordres av strukturelle endringer både på kommunenivå (eks. kommunereformen) og i spesialisthelsetjenesten (eks. innføring av Pakkeforløp for kreft i 2015). Endringer det ikke vil bli færre av i tiden fremover men som er en del av utviklingen på de fleste tjenesteområder. Min erfaring er derfor at det er det pågående og kontinuerlige utviklings- og vedlikeholdsarbeidet på kreftområdet, som SiO kommunene har opprettholdt uavbrutt siden 2011, som gjør at vi i dag har en så vidt god og robust kreftomsorg i samtlige kommuner i helseregionen til tross for ulike forutsetninger.

4.1 «KJERNEVERDIER»/-RESULTATER I PROSJEKTET

I forhold til målformuleringene til grunn for etableringen av den regionale kreftkoordinatorfunksjonen kunne det på nær sagt ethvert område vært gjort en større og mer spisset innsats. Min rolle som regional kreftkoordinator har derfor vært å forsøke å balansere disse delmålene og løpende vurdere hvor og hvordan vi oppnår størst pasientverdi for kreftpasienter og pårørende på henholdsvis kort og lang sikt. Her har diskusjonene i helseledernetverket i SiO samt dialogen med Kreftforeningen vært viktig. Samtidig har ytre faktorer, initiativ og forespørsler vært medvirkende til hvilke muligheter og veivalg som etter hvert oppsto. Ikke minst har utviklingen av Orkdalsmodellen gitt oss mange fordeler og muligheter. Vil kort poengtere de komponentene jeg tenker utgjør «kjerneverdiene»/-resultatene i den regionale kreftkoordinatorsatsingen:

- **Styrking og videreutvikling av kreftressursnettverket i SiO helseregion**
Et velfungerende nettverk må «mates» og følges opp for å bevare engasjement og kompetanse. Den enkelte kreftressurs har hatt varierende stillingsstørrelse til øremerket kreftarbeid og de fleste har rapportert at tiden går med til direkte pasientkontakt og lite systemarbeid og tid til overføring av kompetanse i egen kommune. Utviklingen av nettverket som en kompetanse- og informasjonsarena har vært sentralt samtidig som økt samhandling og det å dra veksler på hverandres kompetanse har vært viktig for å styrke robustheten i helseregionen som sådan.

- **Kompetansebygging i den enkelte kommune**

Arrangering av fagdager og organisert erfaringsutveksling har bidratt til kompetanseheving i den enkelte kommune både hos kreftressursene og øvrig helsepersonell. Målet har vært at pasientene og pårørende har følt trygghet i å tilbringe mest mulig tid hjemme og å gi kreftomsorg av høy kvalitet uavhengig av bosted. I tillegg har fokuset på pasienter og pårørendes medbestemmelse og «Hva er viktig for deg?» vært sentralt i undervisning og diskusjoner.

- **Utvikling av samhandlingsrutiner mellom kommune og spesialisthelsetjenesten**

Muligheten til å jobbe bredt og på tvers av tjenestenivå har vært viktig for å bygge kultur og utvikle praksis for samhandling i regionen. Ikke minst har det målrettede arbeidet ovenfor fastlegene vært viktig for å bidra til en mer enhetlig og lik pasientoppfølging. Samtidig sokner våre pasienter til flere sykehus og det har derfor vært viktig å jobbe opp mot både lokalsykehus og regionsykehus for å bidra til mer enhetlig praksis. Også her har «Orkdalsmodellen» gitt oss mange fortrinn og innpass som ellers ville vært mer krevende.

- **Representasjon inn i utvalg og nettverk**

Kreftomsorg er et komplekst og sammensatt tjenesteområde som både skal ivareta den palliative og den friske pasienten, så vel som disses pårørende. Kreftpasientene har derfor svært ulike forløp gjennom spesialist- og kommunehelsetjenesten som vi stadig forsøker å organisere og standardisere for å sikre kvalitet og likeverdighet i tjenestetilbudet. Det har derfor vært en prioritert oppgave å delta inn i utvalg og nettverk for å løfte frem de kommunale perspektivene og utfordringene. I denne sammenheng har SiO helseregion mht. omfang og sammensetning blitt ansett som en svært representativ aktør for den kommunale kreftomsorgen. Vil her trekke frem deltakelsen i Fagråd 2, Orkdalsmodellen og samarbeidet med Kompetansesenteret for lindrende behandling (KLB) som særlig sentralt i prosjektperioden.

- **Overføringsverdi til andre pasientgrupper**

Erfaringene rundt behandling og oppfølging av kreftpasienter i kommunehelsetjenesten har gitt den enkelte kreftressurs og kommune erfaringer som er overførbare til andre sykdomsgrupper med behov for koordinering, tverrfaglig samarbeid og helhetlig behandling. Dette er en gevinst for kommunene såfremt erfaringene deles og tas i bruk. Å utløse dette potensialet tilfaller ikke dette prosjektet men det at man ikke minst fra Kreftforeningens side helt siden oppstart av satsingen

har «jaktet» overføringsverdi knyttet til så vel praksis som fagutvikling utgjør en vesentlig merverdi for SiO kommunene.

4.2. VELFERDSMESSIGE OG ØKONOMISKE VIRKNINGER AV KREFTKOORDINATOR I KOMMUNENE

Oslo Economics gjennomførte i 2017 på oppdrag fra Kreftforeningen en nasjonal evaluering av de velferdsmessige og økonomiske virkningene av kreftkoordinator i kommunene.

Evalueringen er basert på dokumentstudier, intervjuer, spørreundersøkelser, statistikk og økonomisk analyse. Evalueringen så på virkningene for henholdsvis kreftrammede/pårørende, kommunene og samfunnet for øvrig. Under er hovedfunnene fra den nasjonale evalueringen gjengitt:

- **Virknninger for pasienter og pårørende**
 - **Trygghet og mestring:** Forenkler oversikten over hva som finnes av tilbud og tjenester, svarer ut spørsmål og trygger brukere på at de har tilgang på riktige tjenester
 - **Informasjon og veiledning:** Kreftkoordinator er tilgjengelig til å veilede pasientene og pårørende med å finne frem i det offentlige systemet og informerer om tilgjengelige, egnete tilbud og tjenester
 - **Tilgang til riktige tjenester i kommunen:** Gjennom støttesamtaler kartlegger kreftkoordinator pasienter og pårørendes behov og sørger for å koble på riktig tjeneste til riktig tid
 - **Mulighet til å dø hjemme:** Kreftkoordinator spiller en viktig rolle for å legge til rette for at pasienter kan dø hjemme dersom de selv og pårørende har et ønske om det

- **Virknninger for kommunene**

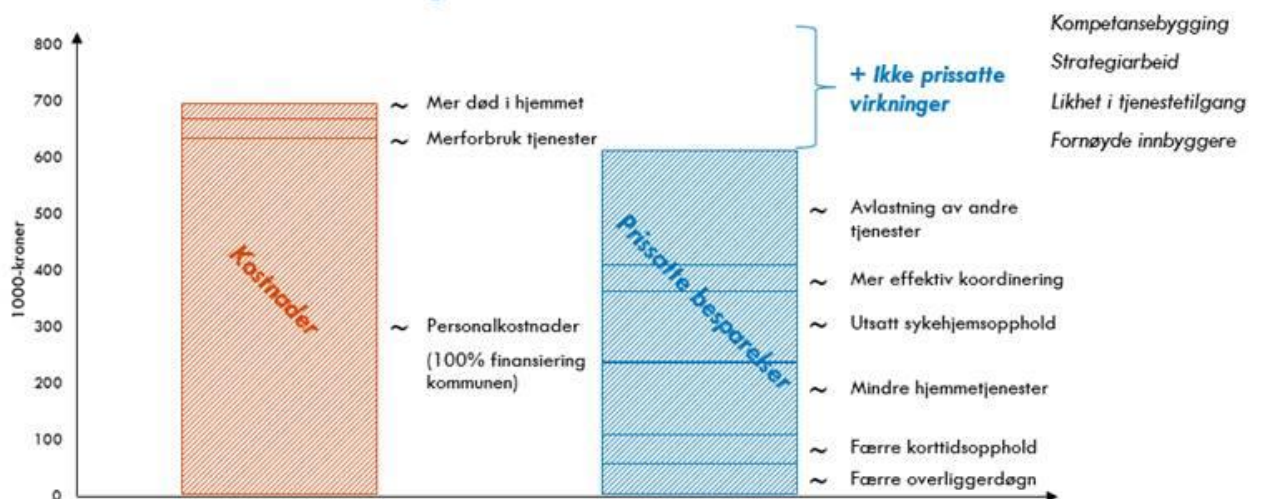
Den delen av evalueringen som omhandler de kommunale virkningene har vektlagt å prissette flest mulig av disse virkningene som henholdsvis kostnader og besparelser for kommunene. Virkningene av kreftkoordinatorfunksjonen som er identifisert er:

 - **Økte personalkostnader**
 - **Færre overliggedøgn**
 - **Færre korttidsopphold**
 - **Mindre hjemmetjenester i første fase**
 - **Mer hjemmetjenester og utsatt sykehjemsopphold**
 - **Mer død i hjemmet**
 - **Mer effektiv koordinering**

- Avlastning av kommunale tjenester
- Økt ressursbruk i kommunen
- Kompetansebygging
- Strategiarbeid
- Likhet i tjenestetilgang
- Fornøyde innbyggere

Virkningene er deretter prissatt i den utstrekning dette har latt seg gjøre og evalueringen konkluderer med at: «*Summen av prissatte og ikke-prissatte effekter er trolig høyere enn kostnadene i mange kommuner*». Figuren under illustrerer dette.

Summen av prissatte og ikke-prissatte effekter er trolig høyere enn kostnadene i mange kommuner



45 |

osloeconomics

- **Øvrige virkninger for samfunnet**

- **Enklere koordinering for spesialisthelsetjenesten:** Kreftkoordinator bidrar til effektiv koordinering mellom ulike tjenestenivåer og skape trygghet hos ulike instanser
- **Tidligere utskrivelse fra sykehus:** De er i større grad trygge på at kommunene klarer å legge til rette for pasienten
- **Forhindrer reinnleggelser på sykehus:** Identifiserer pasientens behov i en tidlig fase og kobler på riktig tjeneste

- **Muliggjør død utenfor sykehus:** Ved å tilrettelegge for død i hjemmet vil færre dø på sykehus. Kostnadene i sykehus er høye i livets slutfase
- **Forebygging og rehabilitering:** Motivere til forebyggende aktiviteter og rehabilitering
- **Læring for andre diagnosetyper:** Kreftkoordinatorrollen kan overføres til andre diagnoser

I forhold til Orkdalsregionen er virkningene som trekkes frem i rapporten svært gjenkjennbare i forhold til tilbakemeldinger fra både brukere og kommuner i SiO området og er også omtalt ulike steder i sluttrapporten. Det er videre grunn til å anta at effektene, også de økonomiske, er vesentlig større for SiO samarbeidet, tatt antall kommuner og omfang i betraktning, sett i forhold til kostnadene for den enkelte kommune. Til tross for at rapporten ikke omhandler dette er det et viktig poeng når man i fortsettelsen skal diskutere hensiktsmessigheten av å drive kompetanse- og tjenesteutvikling på kreftområdet *i fellesskap* i Orkdalsregionen.

5.0 Veien videre

Helsetjenesten har ansvar for å gi god behandling og omsorg i et helhetlig perspektiv, fra diagnose stilles, gjennom sykdomsperioden og frem mot livets avslutning. Selv om tilbudene tilpasses lokale forhold, skal ikke alder, diagnosegruppe eller hvor i landet du bor, være utslagsgivende for kvaliteten på tjenesten. Gjennom SiO-kommunenes satsing på regional kreftkoordinator i perioden 2012- 2018, og kompetanseheving hos helsepersonell innen kreft og kreftomsorg, har dette bidratt til en mer sømløs helsetjeneste med rett kompetanse på rett sted til rett tid. ***Hvor går så veien videre?***

Flere steder i sluttrapporten har jeg poengtert at kompetanse er ferskvare og noe som stadig må fornyes og oppdateres for å holdes vedlike, og at god samhandling både er strukturelt og kulturelt betinget. Det er derfor ingen grunn til å tro at det vi har utviklet og opparbeidet gjennom prosjektperioden vil kunne opprettholdes og vedlikeholdes «av seg selv».

Samtidig vet vi at kreftomsorgen står ovenfor store utfordringer. Tall fra Kreftregisteret viser at antall krefttilfeller kommer til å øke med 40 prosent i løpet av de neste 15 årene noe som utfordrer dimensjoneringen av både den kommunale og statlige kreftomsorgen. En stor andel av økningen vil være blant eldre som også har overhyppighet for andre sykdommer, deriblant demens. Samtidig vil stadig flere overleve eller *leve med* sin kreftsykdom med behov for tilpasset rehabilitering og vedlikeholdstrening for å opprettholde funksjonsnivå og livskvalitet. Rehabilitering som i henhold til opptrappingsplanen i all hovedsak skal foregå lokalt i pasientens hjemkommune.

Den nasjonale kreftstrategien (2018-2022) lanserte som en av sine hovedgrep utviklingen av «Pakkeforløp hjem» for å sikre en god overgang fra sykehusbehandling til oppfølging av fastlege og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet påbegynte høsten 2018 utformingen av disse kommunale forløpene hvor kommunenes ansvar for psykososial oppfølging og rehabilitering under og etter kreftsykdom vil være helt sentralt.

Et hovedspørsmål slik jeg ser det er hvordan Orkdalsregionens kommuner vil velge å organisere seg for å møte de endringer og utfordringer som påpekes ovenfor og hvordan man velger å forvalte det vi sammen har utviklet og opparbeidet av kompetanse, samarbeid og ikke minst *robusthet* gjennom prosjektperioden. ***Hva skal vi løse sammen og hva mener kommunene man best løser på egenhånd?***

Sluttrapporten har hatt som hensikt å gi SiO-kommunene et faktagrunnlag for å vurdere det

arbeidet som er gjort i prosjektperioden 2012-2018 og i hvilken grad den regionale kreftkoordinatorfunksjonen har vært hensiktsmessig og formålstjenlig for den enkelte kommune. Jeg har også forsøkt å illustrere den *robusthet* som ligger i å jobbe sammen som region og hvordan kommunene gjennom et formalisert samarbeid både har dratt veksler på hverandre så vel som den regionale fellesfunksjonen de alle eide en bit av. Med henvisning til Oslo Economics- rapporten har jeg videre forsøkt å belyse de økonomiske aspektene ved god koordinering på kreftområdet så vel som ved vår *særegne* regionale modell. **Nå er det opp til eierkommunene å gjøre sine egne vurderinger.**

Den regionale kreftkoordinatorfunksjonen ble løftet som sak i Orkdal regionråd i september 2018 hvor det ble tatt initiativ til en videreføring av funksjonen ut 2019 i en «mellomfase i drift av SiO samarbeidet». Dette for å sikre kontinuitet og unngå «hull i tilbudene til våre innbyggere». Saken vektla videre at regionrådet innen utgangen av 2019 skal «vurdere behov for opprettelse av en fast stilling som kreftkoordinator og hvor stor en evt. stilling bør være». Kommunene i regionrådet tilsluttet seg initiativet og regional kreftkoordinator tiltrådte den nye prosjektstillingen 11. februar 2019.

Referanser

NOU Norges offentlige utredninger. På liv og død- Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2017.

Åm, Tor (2015). Råd for vegen videre. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, sluttrapport.

Anne-Tove Brenne, MD, PhD, Sunil Xavier Raj, MD, Laila Skjelvan, MSc, Jo-Åsmund Lund, MD, PhD, Morten Thronæs, MD, PhD, Erik Torbjørn Løhre, MD, Liv Ågot Hågensen, BSc, Cinzia Brunelli, PhD, Pål Klepstad, MD, PhD, Stein Kaasa, MD, PhD, and Anne Kari Knudsen, MD, PhD.

How to offer early integrated oncology and palliative care services at a local hospital and in community care?

Nasjonal kreftstrategi 2018- 2022; Å leve med kreft, HOD.

https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf.

Oslo Economics (2017). Kreftkorodinator- trygg og effektiv kreftomsorg i kommunene. http://osloeconomics.no/wp-content/uploads/Kreftkoordinator-2017_33.pdf

Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt– å skape liv til dagene. Helsedirektoratet 02/ 2015

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen 03/ 2015, Helsedirektoratet

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>