



# KREFTPLAN

FOR KOMMUNENE:

MÅLSELV, BARDU, SALANGEN OG LAVANGEN

2012 – 2016



## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn.....	5
<b>2.0</b>	<b>Kommunepresentasjoner</b> .....	<b>5</b>
2.1	Målselv kommune .....	5
2.2	Bardu kommune .....	6
2.3	Lavangen kommune .....	6
2.4	Salangen kommune .....	7
<b>3.0</b>	<b>Kreftutvikling i Norge</b> .....	<b>7</b>
3.1	Prognoser .....	8
<b>4.0</b>	<b>Kreft</b> .....	<b>8</b>
4.1	Hva er kreft? .....	8
4.2	Årsaker / risikofaktorer.....	9
<b>5.0</b>	<b>Kompetanse</b> .....	<b>9</b>
5.1	Begrepet kompetanse .....	9
5.2	Kompetansebehov innen kreftomsorgen.....	9
5.3	Kompetansehevende tiltak.....	10
<b>6.0</b>	<b>Målsetting</b> .....	<b>10</b>
6.1	Kreftomsorgens mål .....	10
6.2	Målsetting med kommunal kreftplan.....	11
6.3	Hovedmål for kreftplan i Målselv, Bardu, Lavangen og Salangen .....	11
<b>7.0</b>	<b>Forebyggende arbeid</b> .....	<b>11</b>
7.1	Mål.....	11
7.2	Tiltak .....	12
<b>8.0</b>	<b>Utredning</b> .....	<b>12</b>
8.1	Mål.....	12
8.2	Tiltak .....	12
<b>9.0</b>	<b>Behandling og palliasjon</b> .....	<b>12</b>
9.1	Delmål og tiltak.....	13

<b>10.0 Rehabilitering</b> .....	<b>15</b>
10.1 Mål.....	16
10.2 Tiltak.....	16
<b>11.0 Interkommunalt samarbeid</b> .....	<b>16</b>
11.1 Interkommunalt Tverrfaglig Ambulerende Team (ITAT) .....	16
11.2 Koordinator innenfor kreftomsorg.....	16
11.3 Palliativt team.....	17
11.4 Lindrende skrin.....	17
<b>12.0 Frivillige</b> .....	<b>17</b>
12.1 Frivillighetssentraler .....	18
12.2 Røde kors besøkstjeneste.....	18
12.3 Kreftforeningen .....	18
<b>13.0 Oppsummering</b> .....	<b>18</b>
<b>14.0 Lovgrunnlag</b> .....	<b>19</b>
<b>15.0 Handlingsplan</b> .....	<b>20</b>
<b>16.0 Referanser</b> .....	<b>22</b>

## **1.0 INNLEDNING**

Nasjonale føringer (NOU: Norsk kreftplan 1997, NOU: Livshjelp 1999:2, Nasjonal helse og omsorgsplan stortingsmelding 16, 2011-2015), legger til grunn for at alle kommuner skal ha en egen kreftplan. En kreftplan er et dokument som har til hensikt å bevisstgjøre og informere fagpersoner, ledere, administrasjon og politikere om kreftsykdom, utvikling, forebyggende arbeid, utredning, behandling, rehabilitering, livets slutfase og kompetansebehov. Den er et arbeidsverktøy for å kunne møte de ulike utfordringene.

Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen inngikk februar 2011 et samarbeid om å utarbeide en felles kreftplan. Det ble opprettet et prosjekt med en arbeidsgruppe og en prosjektgruppe. Arbeidsgruppa har bestått av kreftsykepleiere og sykepleiere fra de fire kommunene; Kreftsykepleiere Marte Sigbjørnsdatter Larsen og Vivi Fjeldstad fra Målselv Kommune, sykepleier Ane Therese Aarbogh fra Bardu Kommune, sykepleier Mai-Britt Løkse fra Salangen Kommune og sykepleier Eirin Haagensen fra Lavangen Kommune. Arbeidsgruppen er underlagt prosjektgruppa som består av prosjektleder samt ledere innen for pleie og omsorg fra de 4 kommunene, en brukerrepresentant og arbeidstaker representant.

Denne kreftplanen har en felles del som er gjeldende for alle de fire kommunene, samt en kommunespesifikk del. Den gir anbefalinger og føringer på hvordan den enkelte kommune bør løse ulike problemstillinger innenfor kreftomsorg, og gi anbefalinger på hva som kan gjøres i fellesskap med de andre kommunene.

Samhandlingsreformen oppfordrer til interkommunalt samarbeid for å løse de fremtidige oppgavene innen helse og omsorgstjenesten kommunene står overfor. Det anslås et pasientgrunnlag på ca. 20.000 innbyggere for å opprettholde tilstrekkelig kompetanse for å løse oppgavene. Mindre kommuner kan få problemer med å fylle dette kompetansebehovet. Med å ta utgangspunkt i den enkelte kommunes fortrinn kan en bygge på dette, og i fellesskap styrke kompetansen og tjenestetilbudet til innbyggerne i området.

Bardu, Lavangen og Salangen har siden 2007 driftet felles interkommunal legevakt. Målselv kommunen sluttet seg til samarbeidet i 2008. Bardu er vertskommune og legevakta er lokalisert til TMS. I kommunesamarbeidet Målselv, Salangen, Lavangen og Bardu fremkommer det et behov for å samarbeide om kompetanse innen dette tema.

## **1.1 Bakgrunn**

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 helsetjeneste med god kompetanse, legges et viktig grunnlag for kvaliteten i kreftomsorgen.

Samhandlingsreformen medfører at flere helsetjenester skal løses i kommunene, der pasienten bor. Kommunene i dette samarbeidet opplever at stadig flere alvorlig syke kreftpasienter behandles i egen kommune. Dette foregår i pasientens hjem, sykehjem eller ved legekantor. Den teknologiske utviklingen medvirker til at komplekse sykdomstilstander kan ivaretas lokalt. Det er derfor viktig med tilstrekkelig kompetanse i kommunene for å kunne håndtere disse utfordringer på en best mulig måte. Derfor er det nødvendig å ha et særskilt fokus på kompetanseutvikling på kreftomsorg og lindrende behandling.

## **2.0 KOMMUNEPRESENTASJONER**

### **2.1 Målselv kommune**

Pr. 01.01.12 er det 6599 innbyggere i Målselv kommune. Kommunens administrasjon ligger på Moen. Kommunen er stor i geografisk utstrekning og er inndelt i to distrikt knyttet til pleie og omsorgstjenester.

Kommunen har tre sykehjem: Målselv syke og aldershjem (MSAH) har 45 sykehjemsplasser og 11 pensjonærplasser / aldershjem. Målselvtunet for demente med behov for skjerming med plass til 8 pasienter. Øverbygd sykehjem og omsorgssenter (ØSO) har 10 sykehjemsplasser og 15 plasser på omsorgssenteret. Hjemmetjenesten har base ved ØSO og ved MSAH (døgnbemannet). Det er flere kommunale eldre boliger i begge distriktene.

Kommunen har to legekantor, et i hvert distrikt. Det er til sammen 8 faste legehjemler og 2 turnusleger. Kommunen har fysioterapi, psykolog, psykiatritjeneste, helsestasjon, frivillighetssentral og asylmottak. I tillegg er det en barneverninstitusjon i kommunen.

Innen kreftomsorg har kommunen to kreftsykepleiere som jobber ved åpen omsorg distrikt nedre i 50 % kreftsykepleierstilling hver. De administrerer også cytostatikabehandling ved Andslimoen helsesenter ved behov. Der har de tilgang til diverse nødvendig utstyr tilknyttet dette arbeidet. MSAH har en hjelpepleier med videreutdanning i kreftomsorg. Kreftsykepleier

og en fastlege er med i LØKTA sin ressursgruppe i nettverket for lindrende behandling som jobber mot kompetanseheving i kommunene.

Det er vedtatt at det skal planlegges utbygging av 16 plasser i tilknytning til Målselvtunet. Det er nødvendig å opprette en korttidsavdeling slik at kommunen kan ivareta utskrivningsklare pasienter fra UNN og behandle pasienter lokalt. En målsetting for kommunen er å opprette en sengeplass for lindrende behandling.

## **2.2 Bardu kommune**

Pr. 01.01.12 er det 3875 innbyggere i Bardu kommune. Administrasjonssenter ligger på Setermoen.

Kommunen har et sykehjem, Barduheimen med en skjermet avdeling med 16 plasser og en pleie og rehabiliteringsavdeling med 25 plasser. Hjemmetjenesten er integrert i sykehjemmet og er delt inn i 3 soner. Tjenesten har også ambulerende natt-tjeneste som er stasjonert på Barduheimen. Kommunen har 37 omsorgsboliger. Kommunen har 5 legestilinger samt turnuslege, ergoterapeut, fysioterapeut, psykiatritjeneste, helsestasjonstjenester og asylmottak.

Bardu kommune har pr. i dag en sykepleier med videreutdanning i lindrende behandling og en med videreutdanning i smertelindring. En sykepleier tar for tiden videreutdanning i kreftsykepleie.

En målsetting for kommunen er å opprette en kreftsykepleierstilling og en seng til lindrende behandling på sykehjemmet.

## **2.3 Lavangen kommune**

Pr. 01.01.12 er det 1016 innbyggere i Lavangen kommune. Kommunesenteret Tennevoll ligger midt i kommunen.

Kommunen har et sykehjem: Lavangsheimen med 14 sykehjemsplasser og en avdeling for demente med 6 plasser. Hjemmetjenesten er lokalisert til Lavangsheimen. Legekontoret har en kommunelege i 60 % stilling, samt en 100 % legestilling. Kommunen har psykiatrisk sykepleier, helsesøster, fysioterapeut, ergoterapeut og frivillighetssentral. Lavangen har ingen kreftsykepleiere eller annet helsepersonell med spesialkompetanse innen kreftomsorg.

Et mål for kommunen er at en sykepleier får ansvaret for ivaretagelse av kreftsyke og deres pårørende, som en ressurs sykepleier. Det er viktig at denne sykepleieren får tilbud om kurs og faglig oppdatering innen fagfeltet.

## **2.4 Salangen kommune**

Pr. 01.01.12 er det 2214 innbyggere i Salangen kommune. Kommunesenteret er Sjøvegan.

Kommunen har et sykehjem: Salangen bo og eldre senter (SABE) med 18 sykehjemsplasser og en avdeling for demente med 10 plasser. Det er 6 omsorgshytter og 15 trygdeleiligheter med beliggenhet på SABE. Hjemmetjenesten har base ved SABE. Kommunen har tre legestillinger samt turnuslege. Kommunen har ergoterapeut, fysioterapeut, psykiatritjeneste, helsestasjon, frivillighetssentral og asylmottak, samt en avdeling for enslige mindreårige. I tillegg er det en barneverninstitusjon i kommunen.

Pr. i dag er det ingen ansatte med utdanning innen kreftomsorg eller lindrende behandling i kommunen. Kommunen må tilrettelegge for at helsepersonell får mulighet til videreutdanning da det er stort behov for kompetanse innen dette feltet. Videreutdanning for hjelpepleiere innen lindrende behandling er også aktuelt da hjelpepleiere utgjør en stor del av personalgruppen.

Kommunen har et mål om at det opprettes en 50 % kreftsykepleierstilling. Legetjenesten må også styrkes innen fagfeltet kreftomsorg og palliativ medisin.

## **2.0 KREFTUTVIKLING I NORGE**

Statistisk vil en av tre nordmenn få en kreftdiagnose i løpet av livet. To av tre blir pårørende. Ca. 35 % dør av sin sykdom.

Antall døde kreftpasienter (Cancer in Norway 2009 s. 62):

<b>ÅR</b>	<b>KVINNER</b>	<b>MENN</b>	<b>TOTALT</b>
2009	4929	5636	10 565
2007	5012	5655	10 667

Stadig flere overlever sin kreftsykdom (ca. 65 %). 65,9 % blant menn og 68,2 % blant kvinner er fortsatt i live 5 år etter at de fikk sin kreftdiagnose Cancer in Norway 2009 s. 66-67.

Omtrent 200 000 mennesker lever med kreft i dag mot 199 170 i 2009 og 134 372 i 1998 (Cancer in Norway 2009 s. 77).

Antall nydiagnostiserte krefttilfeller (Cancer in Norway 2009 s. 22):

ÅR	KVINNER	MENN	TOTALT
2009	12 728	14 792	27 520
2008	12 121	14 000	26 121
2006	11 585	12 903	24 488

De fire vanligste krefttypene er prostatakreft, brystkreft hos kvinner, tykktarmskreft og lungekreft. Disse typene utgjør halvparten av alle krefttilfellene. Hovedparten av krefttilfellene i Norge finner vi hos dem over 50 år: ca. 90 % hos menn og 85 % hos kvinner. Over halvparten av tilfellene inntreffer etter fylte 70 år (Cancer in Norway 2009 s. 22).

Ca. 1 % barn/unge mellom 0-14 år fikk påvist kreft i 2009. 423 gutter og 357 jenter. De vanligste krefttypene blant er leukemi og hjernesvulster (Cancer in Norway 2009 s. 22, 24).

### **3.1 Prognoser**

Prognoser viser at antall nye krefttilfeller vil øke sterkt fremover. Fra 1995 til 2020 vil antall krefttilfeller i Norge ha økt med 42 prosent for menn og 36 prosent for kvinner. Årsaker til dette er økt levealder, befolkningen øker, økt evne til å stille diagnoser, og en økt risiko for enkelte kreftformer. Risikoen for å få kreft øker også med alderen.

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Beregnet-antall-krefttilfeller-i-ar-2020/>.

## **4.0 KREFT**

### **4.1 Hva er kreft?**

Kreft er en samlebetegnelse på ca. 200 ulike kreftsykdommer. Det kan oppstå i alle deler av kroppen uavhengig av alder eller livsstil. Kroppens organer er bygget opp av forskjellige typer celler, som har ulike egenskaper avhengig av hva slags funksjon de har. Det produseres



hele tiden nye celler til erstatning for de som naturlig dør. For at nye celler skal produseres, dobler en celle sitt arvestoff (DNA) og deler seg i to. Ved kreft har det oppstått skader i cellens arvestoff, som medfører en ukontrollert celledeling. Kroppens eget forsvarssystem ødelegger normalt celler som har feil, men denne funksjonen svikter eller mangler. Etter hvert som disse kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten startet og det dannes en kreftsvulst. Kreft kan spre seg via blod og lymfe til andre organer (metastaser)

[http://www.kreftforeningen.no/om\\_kreft/hva\\_er\\_kreft/hva\\_er\\_kreft\\_2731](http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft/hva_er_kreft_2731)

#### **4.2 Årsaker / risikofaktorer**

Årsakene til kreft er sammensatte og vanskelige å påvise med sikkerhet. Forskning viser at miljø, arv og livsstil er faktorer som øker risikoen for visse kreftformer. Eksempler på klare risikofaktorer er: tobakk, kosthold, lite fysisk aktivitet, stråling, kjemikalier, infeksjoner og virus (ibid).

### **5.0 KOMPETANSE**

#### **5.1 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 i Reitan og Schjølberg, 2006, s. 23).

#### **5.2 Kompetansebehov innen kreftomsorg**

Innen kreftomsorg kreves det spesiell kompetanse for å kunne ivareta forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon, samt ledelse (ibid).

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. Det er ønskelig at minst en sykepleier fra hver avdeling innenfor pleie – og omsorg utpekes som en ressurs-sykepleier for pasienter med kreftdiagnose. Det er naturlig at en sykepleier med videreutdanning eller spesial kompetanse får denne funksjonen.

I den terminale fasen trenger 1 av 10 pasienter avansert smerte – og/eller symptombehandling. Det kan oppstå behov for at pasienten kommer inn i en sykehjemsavdeling for

smertebehandling eller annen lindrende behandling. I den sammenheng vil det være behov for å ha egne sengeplasser i institusjon til dette formålet, ”palliativ senger”. Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner har palliative senger. Dette medfører behov for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten også i forhold til samhandlingsreformen <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf> (s. 104).

### **5.3 Kompetansehevende tiltak**

Forslag for å øke kompetanse innen kreftomsorg i kommunene:

- Danne et interkommunalt nettverk for å utvikle kompetanse, rutiner og prosedyrer.
- Øke fokus på tverrfaglig samarbeid.
- Gjennomføre interkommunale fagdager 1-2 ganger i året.
- Gi personell mulighet for videreutdanninger og kurs.
- Gjennomføre internundervisning.
- Telemedisin / videokonferanser.
- Tilrettelegge for hospitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Nyttiggjøre seg kreftforeningens kompetanse.
- Samarbeide med spesialisthelsetjenesten, for eksempel lindring i nord.

## **6.0 MÅLSETTING**

### **6.1 Kreftomsorgens mål**

Overordnet mål for kreftomsorgen ut fra nasjonale føringer, er å gi helhetlig omsorg til kreftsyke og deres pårørende.

Delmål:

- Bidra til best mulig livskvalitet i alle faser av sykdomsforløpet.
- Tilrettelegge for hjelp i hjemmet etter behov og ønsker fra pasient og pårørende.
- Stimulere til tverrfaglig samarbeid.
- Sikre best mulig kvalitet på tjenesten.
- Gi tilbud til etterlatte (for eksempel samtaler).
- Veilede, støtte og undervise helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og døende mennesker.

- Koordinere og samordne tjenestene mellom de ulike kommunene og spesialisthelsetjenestene.

## **6.2 Målsetting med kommunal kreftplan**

- Planen skal virke som et arbeidsredskap for å få et kompetent, flerfaglig og koordinert tilbud til kreftpasienter og pårørende.
- Planen skal være et verktøy for politisk og administrativ ledelse slik at planlegging og tilrettelegging av tilbud på kort og lang sikt blir en del av det kommunale planverket.

## **6.3 Hovedmål for kreftplan i Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen kommune**

*”Kreftpasienter og deres pårørende skal ivaretas på en helhetlig måte, dvs. at deres behov for behandling, omsorg og pleie i alle faser av sykdommen utøves med tjenester av god kvalitet i kommunehelsetjenesten”.*

## **7.0 FOREBYGGENDE ARBEID**

Antall krefttilfeller øker jfr. s. 7. Omtrent hvert tredje krefttilfelle skyldes livsstil og kan forebygges ved å unngå tobakk og overvekt, være regelmessig fysisk aktiv, ha et sunt kosthold, et lavt alkoholforbruk og ha sunne solvaner. Miljøfaktorer som for eksempel stråling, radon, asbest og lignende er også risikofaktorer. En har ingen garanti for ikke å få kreft, men det er mye den enkelte kan gjøre for å redusere risikoen for å utvikle kreft

[http://www.kreftforeningen.no/aktuelt/vi\\_mener/kreftforeningens\\_policy/policy\\_\\_forebygging\\_17061](http://www.kreftforeningen.no/aktuelt/vi_mener/kreftforeningens_policy/policy__forebygging_17061)

Kreftforeningen er en organisasjon som retter mye av sitt arbeid mot forebygging. Grunnlaget for en god helse legges i barne- og ungdomsårene. Mange av foreningens forebyggende tiltak rettes derfor mot barn og unge.

### **7.1 Mål**

- Øke kunnskap og holdningsendringer blant befolkningen med fokus på hva den enkelte kan gjøre for å forebygge kreftutvikling.

## **7.2 Tiltak**

- Den enkelte kommune innehar en folkehelseplan. Det er viktig å ha fokus på folkehelsen, men hver enhet i den enkelte kommune skal ikke gå inn å arbeide med tiltakene aktivt. Dette skal overlates til kommunens folkehelsearbeid.
- Brosjyremateriell tilgjengelig på legekontor.

## **8.0 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 viktig at en oppsøker hjelp ved første symptom på at ”noe” er galt.

### **8.1 Mål**

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

### **8.2 Tiltak**

- Øke kunnskap blant befolkningen slik at de oppsøker lege så raskt som mulig ved tegn på at ”noe kan være galt”.
- Fastlegen skal henvise pasienten raskt videre til spesialisthelsetjenesten i utredningsfasen.

## **9.0 BEHANDLING OG PALLIASJON**

Det finnes i hovedsak 4 behandlingsprinsipper i kreftbehandling: kirurgi, stråling, cytostatika og hormoner. Behandlingens mål er avhengig av sykdommen og dens utvikling. Den kan være kurativ (helbredende), livsforlengende eller palliativ (lindrende).

Samhandlingsreformen vil medføre at mye av behandlingen i fremtiden vil bli overført fra sykehusene til kommunehelsetjenesten. Dette vil føre til at pasienter vil kunne motta behandling i hjemkommunen, noe som vil gi dem en lettere hverdag. Cytostatika er en type behandling som vil bli delegert til kommunehelsetjenesten. Det trengs spesiell kompetanse i den enkelte kommune for å kunne imøtekomme denne oppgaven.

## 9.1 Mål og tiltak

### Delmål 1

- Kreftpasienter skal få tilbud om cytostatika behandling i egen kommune i samarbeid med UNN der det er faglig forsvarlig.

### Tiltak

- Tilby videreutdanning, kurs, opplæring i administrering og oppfølging av cytostatika behandling.
- Opprette stilling som kreftsykepleier eller ressursykepleier med relevant kompetanse i den enkelte kommune.
- Ha tilgjengelig utstyr i henhold til forskrifter for administrering av cytostatika (eks. LAF benk, infusjonspumpe, egnet rom/lokale).
- Utarbeide rutiner / prosedyrer som revideres ved behov.
- Nært samarbeid med spesialisthelsetjeneste, fastlege, apotek.
- Interkommunalt samarbeid i forhold til opplæring og utarbeiding av felles prosedyrer.

### Delmål 2

- Helsepersonell i kommunen skal ha kompetanse til å ivareta kreftpasienter og deres pårørende i alle faser av sykdommen.

### Tiltak

- Tilbud om videreutdanning, kurs og hospitering.
- Interkommunalt samarbeid: utveksle kompetanse og erfaringer.
- Internundervisning.
- Tverrfaglig samarbeid.
- Samarbeid med ulike organisasjoner / foreninger (eks. kreftforeningen, Montebello senteret).
- Opprette stilling som kreftsykepleier eller ressursykepleier.

### Delmål 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).
- ”Primærsykepleier” til hver enkelt bruker.
- Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Tett samarbeid med fastlege.
- Kontakte andre samarbeidspartnere ved behov for eksempel helsesøster, skole, barnehage, kreftforeningen.
- Opprette palliative senger.

### Delmål 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 eller på sykehjem i egen kommune så langt det lar seg gjennomføre. 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. Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid kan tilbys omsorgslønn.

### Tiltak

- Opprette palliative senger i kommunen (hvor pasienter kan komme for kortere eller lengre opphold, eller for å avslutte livet hvor dette ikke lar seg gjøre i hjemmet).
- Tett samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for at fastlege kan gjøre hjemmebesøk.
- Samarbeid med NAV for informasjon og hjelp i forhold til trygderettigheter.
- Samarbeid med palliativt team ved UNN ved behov.
- ”Primærsykepleier” for den enkelte bruker.
- Internundervisning og opplæring av helsepersonell.
- Det må være teknisk utstyr tilgjengelig. For eks. smertepumpe.

- Opprette et lindrende skrin med nødvendige medikamenter som er tilgjengelig til en hver tid.
- Tilstrebe et tett samarbeid med pårørende. Hjelpere i 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.
- Ivaretagelse av pårørende under og etter sykdomsforløp. Viktig å ha fokus på barn og ungdom som pårørende.

## **10.0 REHABILITERING**

Kreftpasienter kan få ulike plager etter behandling av sin kreftsykdom. Behovet for rehabilitering kan forandre seg ut i fra hvor i sykdomsforløpet man er og er individuelt. 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

<http://www.kreftforeningen.no/rehabilitering>

Fatigue (utmattelse), angst, depresjon og ulike fysiske plager etter strålebehandling, cytostatikabehandling og kirurgi kan forekomme. Fysisk aktivitet og råd om kosthold har en positiv virkning både fysisk og psykisk. Å møte andre i samme situasjon medfører trygghet og samhold. Informasjon og praktiske råd om tiden etter kreftbehandling er viktig, slik at den enkelte lærer seg å mestre tiden etter kreftsykdom og behandling på best mulig måte.

Montebello senteret ligger på Lillehammer og har ulike tilbud til kreftpasienter og deres pårørende. Det er en nasjonal helseinstitusjon og har som formål å gi hjelp til livsmestring.

Vardesenteret UNN Tromsø har som formål å være arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsefaglig personell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Målsettingen er å bidra til at kreftrammede opplever størst mulig grad av mestring til et aktivt hverdagsliv med eller etter kreftsykdom og kreftbehandling.

## **10.1 Mål**

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

## **10.2 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 Montebello Senteret, Vardesenteret, Kreftforeningen, ulike mestringskurs og pasientforeninger).
- Bevisstgjøre helsepersonell om ulike tilbud som finnes.

## **11.0 INTERKOMMUNALT SAMARBEID**

### **11.1 Interkommunalt tverrfaglig ambulerende team (ITAT)**

Målselv, Bardu, Lavangen og Salangen har et mål om å opprette et interkommunalt tverrfaglig ambulerende team. Dette teamet skal bestå av en sykepleier / kreftsykepleier fra hver kommune, lege, ergoterapeut, fysioterapeut og eventuelt andre aktuelle samarbeidspartnere, som for eksempel prest og sosionom. Hensikten er å dra nytte av, styrke og øke den enkeltes kommune kompetanse. Teamet skal samarbeide for økt kompetanseutvikling.

### **11.2 Koordinator innenfor kreftomsorg**

Kreftforeningen ønsker å bidra til å styrke kommunal koordinering på kreftområdet. Flere får kreft, flere overlever kreft og flere lever lengre med kreft. Dermed øker behovet for tilgjengelige, tilrettelagte og koordinerte tilbud for kreftrammede.

Den viktigste oppgaven til kreftkoordinatoren er å gi råd og veiledning til pasienter og pårørende gjennom å være synlig og tilgjengelig for alle kreftrammede gjennom hele pasientforløpet. Kreftkoordinator skal ikke løse alle oppgaver alene, men har et "sørge for-ansvar" slik at tilbud og tjenester til pasienter og pårørende er samkjørt, gjennomtenkt og i tråd med hva den kreftrammede har behov for.



I mars 2012 ble det søkt på midler fra kreftforeningen til opprettelse av 100 % interkommunal kreftkoordinator. I mai 2012 ble det tildelt midler til opprettelse av en 50 % interkommunal kreftkoordinator stilling.

### **11.3 Palliativt team**

De aller fleste kreftpasienter ønsker mest mulig hjemmetid, og noen ønsker å dø hjemme. UNN Tromsø, Harstad og Narvik har opprettet palliativt team. De bistår de ulike sykehusavdelingene og nærliggende kommuner ved behov. 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 hjemmetiden. Palliativt team ønsker med dette å forebygge unødvendige sykehusinnleggelse.

Teamets oppgaver består av tilsyn og oppfølging av pasienter på ulike sykehusavdelinger, støtte primærhelsetjenesten, tverrfaglig samarbeid og rådgivning ved behov. De skal ikke være istedenfor, men i tillegg til gjeldende ordninger. Dette medfører trygghet for pasienter, pårørende og hjemmetjenesten når de står i vanskelige situasjoner i hjemmet.

### **11.4 Lindrende skrin**

Palliativt team i Tromsø har opprettet et "Lindrende skrin" med de 4 viktigste medikamentene og tilhørende utstyr en kan få bruk for i livets slutfase. Skrinet inneholder også en brukerveiledning for de ulike medikamentene og utstyret. Dette skrinet låner de ut til kommuner ved behov. Hensikten er å lette situasjonen ved hjemmedød, unngå unødig sykehusinnleggelse, unngå forsinkelse ved at medikamenter må hentes på apoteket (stengetider), trygge hjemmetjenesten og fastlege på tiltak, trygge pasient og pårørende samt bedre symptomlindring.

## **12.0 FRIVILLIGE**

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.

### **12.1 Frivillighetssentraler**

Målselv, Salangen og Lavangen har frivillighetssentral. Frivillighetssentraler fungerer som en møteplass med et mangfold av frivillige tjenester i lokalmiljøet. De kan være behjelpelig med blant annet praktiske gjøremål som handling, snømåking og følgetjenster til for eksempel sykehus. Noen har også besøkstjeneste som drar hjem til folk.

### **12.2 Røde kors besøkstjeneste**

Røde kors har et tilbud for å opprette sosial kontakt. De kan dra hjem til pasienter som ønsker det.

### **12.3 Kreftforeningen**

Kreftforeningen er en landsdekkende organisasjon for frivillig kreftarbeid i Norge. Driften baseres på gaver og innsamlede midler, tippemidler og testamentariske gaver. De bidrar målrettet innen forskning, omsorg, forebygging og informasjon. Kreftforeningen gir råd og veiledning ved behov. De kan også bistå i undervisning og innehar informasjon om pasientgrupper innen kreft. Kreftforeningen har også ulike tilbud for pasienter, pårørende og helsepersonell. De kan kontaktes anonymt, både på telefon og internett. De har også kontaktilbud for samisk talende.

## **13.0 OPPSUMMERING**

Planen inneholder en beskrivelse av dagens omsorgstilbud i Målselv, Bardu, Lavangen og Salangen kommune. Den inneholder også framtidige behov med forslag til tiltak i den enkelte kommune og interkommunalt.

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. Vi ser at dette best kan løses ved et interkommunalt samarbeid mellom de 4 legevaktskommunene.

#### **14.0 LOVGRUNNLAG**

De viktigste lovene som omhandler tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig sykdomsdiagnose er:

- Helse og omsorgstjenestelov (2012)
- Pasient og brukerrettighetslov (2012)
- Samhandlingsreformen st.mld 47 (2012)
- Helsepersonelloven (1999 – 07-02 nr. 64)
- Folketrygdloven (1997 – 02-28-19)  
- § 2-5: rett til individuell plan

## 15.0 HANDLINGSPLAN

I henhold til målsetting foreslås følgende tiltak:

<b>Tiltak</b>	<b>Kostnad</b>	<b>Tidsperspektiv</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Merknad</b>
Etablere ressurspsykeleier eller kreftpsykeleier for kreftomsorg og lindrende behandling i hver kommune		2012-2013		Måselv har opprettet dette. Ønskelig m 50 % stilling i de øvrige kommuner. Omgjøre en allerede eksisterende stilling?
Etablere palliative senger og pårønderom i egen kommune				
Interkommunal Kompetanseutvikling <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles fagdag x 2/år</li> <li>• Kurs v/UNN-Lindring i Nord</li> </ul> Utarbeide felles prosedyrer		Fra 2012 – i 2012 dekkes disse utgifter av prosjektet		Kreftteamet må ha felles møter for å utarbeide prosedyrer. Kan gjøres over VK for å gi økonomisk gevinst.
Etablere interkommunalt tverrfaglig ambulerende team	reiseutgifter	2012		
Videreutdanning av kreftpsykeleier				Permisjon med lønn. Bardu har 1 under utdanning.
Videreutdanning for hjelpepleiere innenfor kreftomsorg				
Døgnbemanning i hjemmetjenesten (Salangen)				
Opprettelse av interkommunalkreftkoordinatorstilling 50 %	212000 dekkes av kreftforeningen.			
Lindrende skrin i hver kommune				
Etablering av behandlingsrom med relevant utstyr				

<b>Tiltak</b>	<b>Kostnad</b>	<b>Tidsperspektiv</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Merknad</b>
Vurdere behov for opprettelse av ”møteplass” med fokus på trivselstiltak for personer som har eller har hatt kreft			Kreftkoordinator	

## 16.0 REFERANSE

[http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2009/Cancer\\_in\\_Norway\\_2009\\_trykkversjonen\\_for\\_web.pdf](http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2009/Cancer_in_Norway_2009_trykkversjonen_for_web.pdf)

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Beregnet-antall-krefttilfeller-i-ar-2020/>.

[http://www.kreftforeningen.no/om\\_kreft/hva\\_er\\_kreft/hva\\_er\\_kreft\\_2731](http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft/hva_er_kreft_2731)

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>

[http://www.kreftforeningen.no/aktuelt/vi\\_mener/kreftforeningens\\_policy/policy\\_\\_forebygging\\_17061](http://www.kreftforeningen.no/aktuelt/vi_mener/kreftforeningens_policy/policy__forebygging_17061)

<http://www.kreftforeningen.no/rehabilitering>

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg (red.) (2006) *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe Forlag.