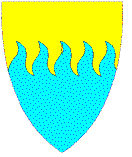
Berlevåg kommune

Kreftplan



2014-2018

Vedtatt i kommunestyret / -2014.



Innhold

**Innledning 3**

Bakgrunn 3

**Kreftbildet i Norge 4**

**Kreftbildet i Berlevåg 4**

**Kreftpasienten og pårørende 5**

**Kompetanse 6**

Begrepet kompetanse 6

Kompetansebehovet innen kreftomsorgen 6

Kompetansehevende tiltak 7

**Kreftomsorgen i Berlevåg 7**

Samarbeidspartnere 7

**Kommune helsetjenestens tilbud 8**

Fastlegen 8

Hjemmetjeneste 10

Sykehjemmet 11

**Kreftomsorgens mål 11**

Hovedmål for kreftplan i Berlevåg kommune 11

**Forebyggende arbeid 12**

Mål 12

Tiltak 12

**Utredning 13**

Mål 13

Tiltak 13

**Behandling og palliasjon 13**

Mål og tiltak 14

**Rehabilitering 16**

Mål 16

Tiltak 17

**Interkommunalt samarbeid 17**

Koordinator innenfor kreftomsorg 17

Palliativt team 18

Lindrende skrin 18

**Frivillige 18**

Kreftforeningen 18

**Oppsummering 19**

**Lovgrunnlag 19**

1. **Innledning**

Kreftplan for Berlevåg kommune er et dokument som skal bevisstgjøre og informere politikere, administrasjon og fagpersonell om kreftsykdom, konsekvenser og utfordringer for kommunen og dens innbyggere.

En politisk vedtatt plan skal forplikte Berlevåg kommune til å planlegge, prioritere og gjennomføre lokale helsetiltak til det beste for befolkningen. Kommunens innbyggere skal gjøres kjent med planen. Det forebyggende arbeidet skal stå sentralt. De kreftrammede skal sikres en ensartet, forutsigbar og kvalitativ god behandling og oppfølging i alle faser av sykdommen. 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

**1.1 Bakgrunn**

Samhandlingsreformen (St. melding 47) startet 1. januar 2012. Reformen krever at flere oppgaver skal løses lokalt i hver enkelt kommune. En kreftsykdom rammer ikke bare den som har fått kreft, men hele familien og næromgivelsene. I tilegg 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 også nå 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 en tidligere. Allerede i dag ser en at en rekke av de tjenestene sykehusene utfører blir vridd over til kommunene. Det blir på bakgrunn av dette viktig å møte disse utfordringene med en plan for kreftomsorgen i Berlevåg.

**Kreftplanen skal:**

* Gi informasjon om status og forventet utvikling av kreft i Berlevåg kommune.
* Være et hjelpemiddel for riktig prioritering av helsetjenester i årene som kommer.
* Legge grunnlag for å forebygge kreft i den grad det er mulig.
* Sikre pasient og pårørende oppfølging 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.

1. **Kreftbildet i Norge**

Over 29 907 nordmenn fikk kreft i 2011. Det er flere menn enn kvinner som får kreft, men kreftformene varierer. Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner (2 984) og prostatakreft er den hyppigste blant menn (4 919) Kreft i colon og rectum er forholdsvis hyppig både hos menn (1 781) og hos kvinner (1 763). Til de vanligste forekomstene hører også lungekreft til. I 2008 ble 1 422 menn og 1 107 kvinner i Norge rammet av lungekreft. i 2012 har forekomsten av lungekreft steget til 2 902 tilfeller. Kreft rammer alle aldersgrupper, men ca 90 % av tilfellene hos menn og ca 85 % av tilfellene hos kvinner forekommer i aldersgruppen over 50 år. Over halvparten av tilfellene inntreffer etter fylte 70 år (Cancer in Norway 2009 s.22). I Norge diagnostiseres årlig rundt 140 tilfeller av kreftsykdom hos barn og unge under 15 år. Den kraftige økningen av krefttilfeller skyldes forøvrig at vi lever lengre enn tidligere, at en økende andel av befolkningen er eldre og flere kartleggingsverktøy utvikles for å stille kreftdiagnose.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.0 Kreftbildet i Berlevåg** |  |  |  |  |  |  |
|  | **2007-2011** | |  |  |  |  |
|  | **Antall** | **Rate\*** |  |  |  |  |
| **Menn** | 19 | 306,6 |  |  |  |  |
| **Kvinner** | 17 | 305 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| \*Rate er per 100.000 personer per år og er aldersjustert ved verdensstandardisering (Doll, 1966)  Oversikt fra Kreftregistrets siste målinger i perioden 2007 – 2011 viser en samlet kreftforekomst på 36 tilfeller, der 19 menn og 17 kvinner fikk en kreftdiagnose. Det forventes en økning av antall tilfeller ved neste måling i 2015, da Berlevåg kommune har en høy andel eldre innbyggere som resten av landet for øvrig. Kreftregisteret har gjort prognoser for den forventede utviklingen av nye tilfeller av kreft i Norge. Frem til 2015 og 2020 forventes en stigning med henholdsvis 20 % og 30 % (”Cancer in Norway 2005” s. 54). | | | | | | |
| **4.0 Kreftpasienten og pårørende**  Kreftpasienten er i gjennomsnitt en middelaldrende person mellom 60-65 år. Kreftpasienten kan også være et barn, et ungt menneske i voksenlivet, eller foreldre med ansvar for familie. Kreft er i tilegg en sykdom som ikke rammer den enkelte, men hele familien blir involvert. Kreft er en egen verden har pasienter fortalt.  Kreft oppfattes av de fleste synonymt med lidelse, smerte og død. Heldigvis er situasjonen mye mer nyansert enn som så. Pasientens opplevelse av egen situasjon er udiskutabel. Likevel vil det være flere forhold som er felles for mange kreftpasienter. Med utgangspunk i gjennomsnittspasienten, betyr dette at det er flest voksne og erfarne mennesker som får kreft. Mange vil i tilegg ha kjennskap til sykdommen i egen nær familie, blant venner, bekjente eller naboer. Kunnskap om kreft er således utbredt blant folk. Likevel sier kompleksiteten i pasientens utfordringer og behov oss noe om viktigheten av kompetanse innenfor dette området. En kompetanse som består av tre grunnelementer: verdier, viten og handling  **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 kreftomsorgen**  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 ressurssykepleier for pasienter med kreft diagnose. Det er naturlig at en sykepleier med videreutdanning eller spesialkompetanse 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 på sykestua for smertebehandling eller annen lindrende behandling. I den sammenheng vil det være behov for å ha egne sengeplasser i institusjon til dette formålet, ”palliative senger. Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner har palliative senger. Dette medfører behov for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten, dette også i forhold til samhandlingsreformen.  [*http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt*](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt)*handlingsprogram-med-retningslinje-rforpalliasjon-i-kreftomsorge-n/Publikasjoner/nasjona-hltandlingsprogram-med-retningslinjerfor-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf(s.104).*  **5.3 Kompetansehevende tiltak**  Forslag for å øke kompetansen innen kreftomsorgen i kommunen:   * Danne et interkommunalt nettverk for å utvikle kompetanse, rutiner og prosedyrer. * Øke fokus på tverrfaglig samarbeid. * Gjennomføre interkommunale fagdager1-2 ganger i året. * Gi personell mulighet for videreutdanninger og kurs. * Gjennomføre internundervisning. * Telemedisin/videokonferanser * Tilrettelegge for hospitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten * Nyttig gjøre seg kreftforeningens kompetanse. * Samarbeide med spesialisthelsetjeneste, for eksempel lindring i nord. |  |  |  |  |  |  |

**6.0 Kreftomsorgen i Berlevåg**

Helsetjenesten i kommunen består av:

* Fastlegen
* Hjemmetjenesten
* Sykehjemmet
* Fysioterapitjenesten
* Helsestasjonen/ helsesøster
* Psykiatritjenesten

**6.1 Samarbeidsparter**

Pasienter som rammes av kreft må forholde seg til flere forvaltningsnivå under utrednings og diagnostikkfasen, og under behandlings og oppfølgingsfasen. Fastlegen i primærhelsetjenesten må ha det koordinerende ansvaret. Fastlegen må samarbeide med spesialisthelsetjenesten for å holde oversikt over hvor i behandlingskjeden pasienten befinner seg. Fastlegen har ansvar for pasienten under hele sykdomsforløpet. Kreftsykepleier i kommunen vil ha det sykepleiefaglige ansvaret for pasienten, og det er nødvendig med et nært samarbeid mellom fastlege, kreftsykepleier og sykehusene. Nav er også en viktig brikke i samarbeidet, for å sikre pasient og pårørende trygderettigheter som de har krav på.

**7.0 Kommune helsetjenestens tilbud**

**7.1 Fastlegen**

Ved kreftsykdom er det en fordel for pasient, familie og behandlingsapparatet å hovedsakelig ha en lege å forholde seg til. Faslegen ønsker å bidra til at pasient og familie skal ha det så bra som mulig. Pasienten kan ha komplekse medisin faglige utfordringer hvor fastlegens kompetanse og oppfølging er avgjørende for om pasienten kan få være hjemme eller på sykehjemmet.

Fastlegen har ulike funksjoner:

Forebyggende arbeid:

* Livstilsråd for å forebygge kreftutvikling
* Følge opp nasjonale screeningsprogrammer for å oppdage kreft på et tidlig stadium.

Utredning ved mistanke om kreft:

-Undersøkelser og blodprøver

-Henvise til røntgen, aktuelle spesialister etc.

-Gi pasienten tilbakemelding og informasjon om diagnose dersom dette ikke er gitt på sykehuset.

Behandling:

-Henvise til spesialist for vurdering av behandling.

- Pasientens fastlege er ansvarlig for den symptomlindrende behandlingen som til en hver tid er nødvendig i et sykdomsforløp, samt evaluering av igangsatte tiltak. Av og til også i samarbeid med lege på sykehus.

Oppfølging av behandling**:**

-Legen samarbeider med kreftsykepleier, fysioterapeaut, psykiatrisk sykepleier, krefthjelpepleier, hjemmesykepleien, sykestua, helsestasjonen, sykehus og ellers andre involverte instanser.

-Legen ordner praktiske forhold som sykemelding, henvisninger, legeærklæringer og resepter.

-Dersom pasienten dør, følger legen opp pårørende dersom det er ønskelig

-Pasienter som er friske går til kontroller enten hos fastlegen eller hos spesialhelsetjenesten..

-Samtale og støtte

-Enkelte vil oppleve det tungt å komme tilbake til arbeid og sosialt liv selv om en er erklært frisk. Fastlegen vil her være en viktig støttespiller.

Kreftsykepleier er administrativt organisert under hjemmesykepleien hvor en del pasienter er felles, men i noen tilfeller er ikke hjemmesykepleien involvert. Henvisningene kan komme fra sykehuset, fastlege, de pårørende, pasienten selv eller annet helsepersonell. Kontakten kan etableres når diagnosen er stilt, og pasienten får oppfølging gjennom alle fasene i sykdomsforløpet. Kreftsykepleier har sitt daglige virke i team Hjemmesykepleie og samarbeider med kollegaer her, med fastlegen, UNN og Kirkenes sykehus. Den koordinerende funksjonen skal stå sentralt.

Det tilstrebes at kreftsykepleier er med på alle førstegangsbesøk til kreftpasienter, og vil være tilgjengelig i alle faser av sykdommen: fra diagnosen er stilt, gjennom behandlingstiden og i rehabiliteringen. Kreftsykepleier er også et tilbud til alle aldre : barn, ungdom og voksne.

Tilbud som kan være aktuelle:

* Informasjon om 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.
* Direkte pleietiltak, undervisning og veiledning av de som har den daglige pleien, ved for eksempel sår skift, stell, kost råd, medisinering og lignende
* Støtte og oppfølging av de pårørende
* Tilrettelegging og oppfølging av kontakt mellom hjem- skole/barnehage ved barn og ungdom som pasient og/eller pårørende.
* Tilrettelegging for hjemmedød
* Koordinere helsetjenesten mellom nivåene, og fremme tverrfaglig samarbeid
* Sorgoppfølging

Kreftsykepleier har også en undervisende funksjon overfor helsearbeidere som arbeider med denne pasientgruppen.

**7.2 Hjemmetjenesten**

Hjemmesykepleien er ofte involvert hos pasienter med kreft eller andre alvorlige lidelser. Kvalitetsmålet for tjenesten er å skape trygghet hos pasienten som gjør det mulig å bo i eget hjem tross omfattende behandlings og pleiebehov. Tjenesten har et heldøgnstilbud og består av sykepleiere og hjelpepleiere. En sykepleier og en hjelpepleier har videreutdanning i kreft og lindrende behandling. Kreftsykepleier har en administrativ dag i uken. Denne dagen blir brukt til ulikt planarbeid, planlegging av internundervisning etc. I tilegg har pårørende og pasienter samt kollegaer et kontor å søke til hvis råd og støtte i en vanskelig tid gjør seg gjeldende. Av driftsmessige hensyn vil også det være mulighet for krefthjelpepleier til å ta over enkelte administrative dager. På disse dagene drar kreftsykepleier ut i hjemmene. Kreftsykepleier og krefthjelpepleier har egen telefon de kan nåes på når de er på jobb. For å lette de praktiske gjøre målene kan det søkes om hjelpemidler samt hjemmehjelp. Alderspensjonatet betjenes også av hjemmetjenesten. Her kan det være mulig å leie hybel eller leilighet. Hjemmesykepleie og leie av rom tildeles etter søknad. Ved terminalpleie og palliativ behandling skal en verdig avslutning i trygge omgivelser være en målsetting. Kreftsykepleier og krefthjelpepleier ivaretar sorg oppfølging med samtaler med pårørende som ønsker det ca 3 uker etter et dødsfall. Dette er noe hjemmetjenesten har fått gode tilbakemeldinger på. Tilbakemeldingene fra pårørende er også et nyttig verktøy i å kvalitetsutvikle tjenesten til kreftpasienter.

**7.3 Sykehjemmet**

Sykestua har tilbud om akuttplass, langtidsplasser, kortidsplasser og avlastning. Dette er en heldøgns omsorgstilbud for å få dekket grunnleggende behov som pleie og omsorg og medisinsk behandling

Et dobbelrom er renovert for alvorlig syke og døende pasienter. Rommet heter Hjerterom og det er også plass der til at pårørende kan overnatte sammen med pasienten. Rommet blir i perioder hyppig brukt til kreftpasienter som trenger symptomlindring .Pr d.d har ingen av det faste daglige personalet videreutdanning i kreft eller lindrende behandling. Kreftsykepleier og krefthjelpepleier bidrar her ved forespørsel fra personal/pasient.

**8.0 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 sykdoms forløp.

Tilrettelegge for hjelp i hjemmet 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 arbeide med alvorlig syke og døende

mennesker

Koordinere og samordne tjenesten mellom kommunen og spesialisthelsetjenestene.

**8.1 Hovedmål for kreftplan i Berlevåg 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»

**9.0 Forebyggende arbeid**

Antall krefttilfeller øker. 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 sol vaner. 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\_\_forebyggin*

*g\_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.

**9.1 Mål**

Øke kunnskap og holdningsendringer blant befolkningen.

**9.2 Tiltak**

Kommunen innehar en folkehelseplan. I denne planen er kommunens langsiktige hovedmål for folkehelse skissert. Det er viktig og ha fokus på folkehelsen, men hver enhet i kommunen skal ikke gå inn å arbeide med tiltakene aktivt. Kommunen har likevel et ansvar for å tilrettelegge/ iverksette tiltak mot de miljø og samfunnsforhold som gjør at sykdom oppstår lokalt. Dette handler i grove trekk om å skape gode oppvekst og levekår som legger til rette for sunne levevaner, fremme fellesskap, trygghet og deltakelse.

**10.0 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.

**10.1 Mål**

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

**10.2 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.

**11.0 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. Vi ser i dag hvor energi krevende det er for syke kreftpasienter å kjøre til nærmeste Sykehus Kirkenes for å motta Cytostatika. Cytostatika ( Cellegift) er en type behandling som vil bli delegert til kommunehelsetjenesten. Det trengs spesiell kompetanse i den enkelte kommune for å kunne imøtekomme denne oppgaven. Kreftsykepleier innehar denne kompetansen.

**11.1 Mål og tiltak**

**Delmål 1**

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

**Tiltak:**

-Tilby kurs, opplæring i administrering og oppfølging av cytostatika

behandling.(Kreft avd Unn har invitert personal i kommunen til å delta gratis på sine årlige kurs)

-Opprette stilling som kreftsykepleier i kommunen. Kreftsykepleier må frikjøpes fra andre omsorgsoppgaver for å administrere cytostatika til kreftpasienter.

-Opprette stilling som krefthjelpepleier.

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 spesialist helsetjeneste fastlege, apotek.

Interkommunalt samarbeid i forhold til opplæring og utarbeiding av fellesprosedyrer.

**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.

Flerfaglig/Tverrfaglig samarbeid.

Samarbeid med ulike organisasjoner / foreninger (eks. kreftforeningen, Montebello

senteret).

Opprette stilling som kreftsykepleier

Søke kompetansehevende midler

**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/ resurssykepleier til hver enkelt bruker.

Godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt bedre det tverrfaglige samarbeidet mellom de ulike avdelingene på helsesenteret i kommunen.

Tett samarbeid med fastlege.

Kontakte andre samarbeidspartnere ved behov for eksempel helsesøsters, skole,

barnehage, kreftforeningen.

Opprette palliative senger på sykestua

**Delmål 4**

Kreftpasienter med kort forventet levetid skal få mest mulig hjemme tid. 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 sluttfase.

Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid kan søke omsorgslønn.

**Tiltak:**

Opprette 1 palliativ seng i kommunen (hvor pasienter kan komme for kortere eller

Lengre opphold, eller for å avslutte livet hvor dette ikke lar seg gjøre i hjemmet) .I tilegg må «Åpen retur» praktiseres hos pasienter som føler at det i perioder blir for utfordrende å bo hjemme. (viten om at en har et rom å komme til på sykestua for noen dager, når det skulle trenges, trygger hjemmesituasjonen slik at pasientene mestrer å bo lengre hjemme).

Tett samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneten, der det også 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, infusjonspumpe.

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.

Ivaretakelse av pårørende under og etter sykdomsforløp. Viktig å ha fokus på barn og

Ungdom som pårørende.

**12.0 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,

cytostatika behandling 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.

Montebellosenteret 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 somfremmer 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. Kreftsykepleier og krefthjelpepleier bidrar med oppfølging og samtaler i tiden etter kreftbehandlingen. Flere kreftrammede har også behov for fysioterapi. Dessverre er ventetiden i dag i kommunen lang for å bli prioritert.

**12.1 Mål**

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

Behandlingsforløpet

**12.2 Tiltak**

Tilby støtte, veiledning og oppfølging under og etter kreftbehandlingen.

Hjelpe 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.

**13.0 Interkommunalt samarbeid**

**13.1 Koordinator innenfor kreftomsorg**

Kreftforeningen ønske rå 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 kreftrammene har behov for. Kreftsykepleier i kommunen søker midler fra kreftforeningen til dette arbeidet i løpet av høsten 2014. I tillegg er kreftsykepleier og krefthjelpepleier på 2 nettverkssamlinger i året der alle kommuner i Finnmark møtes i regi av kreftforeningen. Kreftsykepleier i kommunen er også nylig blitt med i klinisk samarbeidsutvalg ( oppnevnt av overordnet samarbeidsorgan) for å utarbeide gode pasientforløp for kreftpasienter i Finnmark.

**13.2 Palliativt team**

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

UNN Tromsø har opprettet palliativt team. De bistår de ulike sykehus avdelingene 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 hjemme tiden.

Palliativt team ønsker med dette å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser.

Teamets oppgaver består av tilsyn og oppfølging av pasienter på ulike sykehus avdelinger

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 hjemmetjeneste når de står i vanskelige situasjoner i hjemmet. Berlevåg Helsesenter ønsker å opprette sitt eget palliative team, da det er lange avstander til nærmeste sykehus. Palliativt team Tromsø, samt lindring i Nord er samarbeidspartnere. En ressursperson fra hver avdeling på Berlevåg helsesenter samles og danner et team iløpet av høsten 2014. Helsedirektoratet frigir hvert år midler til kompetanseheving i kommunene .Disse midlene skal spesielt gå til å øke kompetansen i behandlingen av alvorlig syke og døende pasienter. Viktig at Berlevåg kommune søker ved hver utlysning fremover.

**13.3 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 sluttfase. 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 hjemme død, unngå unødig

sykehusinnleggelse, unngå forsinkelse ved at medikament må hentes på apoteket

(stenge tider) ,trygge hjemmetjenesten og fastlege på tiltak, trygge pasient og pårørende samt bedre symptomlindring. Berlevåg Helsesenter må ha sitt eget lindrende skrin som kan lånes ut til Hjemmesykepleien ved behov.

**14.0 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. Flere frivillige har meldt seg til kreftomsorgen i Berlevåg. Dette kan være hjelp til snømåking, handling, besøk og følge til og fra sykehus. Hvordan dette skal organiseres trenger en videre planlegging.

**14.1 Kreftforeningen**

Kreftforeningen er en lands dekkende 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

kontakt tilbud for samisk talende.

**15.0 Oppsummering**

Planen inneholder en beskrivelse av dagens omsorgstilbud i Berlevåg 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.

**LOVGRUNNLAG**

De viktigste lovene som omhandler tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig

sykdomsdiagnoser:

Helse og omsorgstjenestelov (2012)

Pasient og brukerrettighetslov(2012)

Samhandlingsreformen st.mld47 (2012)

Helsepersonelloven (1999– 07-02 nr. 64)

Folketrygdloven(1997– 02-28-19)

- § 2-5: rett til individuell plan

Forsidebildet er fotografert i Molvik, av Sylvia Olsen. Publisert med tillatelse.