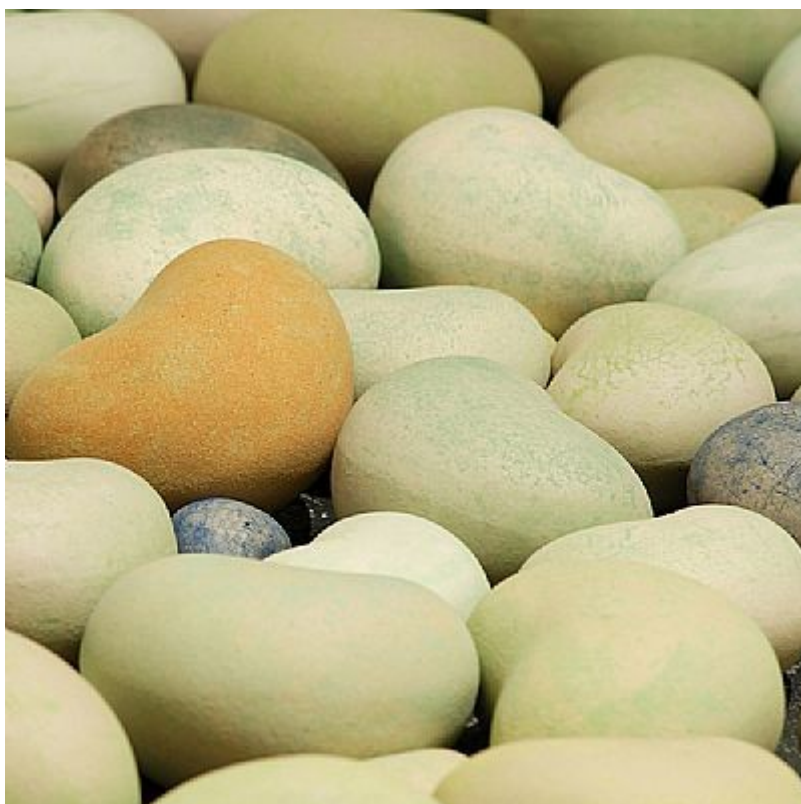


PLAN FOR KREFTOMSORG OG LINDRENDE OMSORG



SKJERVØY KOMMUNE



2011 - 2016

INNHold

| | |
|--|-----------|
| FORORD | 2 |
| 1 INNLEDNING | 4 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR PLANEN | 4 |
| 1.2 PROSJEKTGRUPPA..... | 5 |
| 2 KREFTSYKDOM | 5 |
| 2.1 HVA ER KREFT?..... | 5 |
| 2.2 DEFINISJONER | 6 |
| 2.3 FOREKOMST AV KREFT | 6 |
| 2.4 HVA ER SPESIelt MED KREFT? | 7 |
| 2.5 BEHANDLINGSMETODER OG DIAGNOSTIKK | 7 |
| 2.6 SENSKADER..... | 8 |
| 3 LINDRENDE OMSORG | 8 |
| 3.1 LINDRENDE OMSORG VED LIVETS SLUTT | 8 |
| 3.2 VANLIGE PLAGER I LINDRENDE FASE..... | 9 |
| 3.3 PLEIEPERSONALET..... | 9 |
| 4 PÅRØRENDE | 10 |
| 4.1 PÅRØRENDE | 10 |
| 4.2 BARN SOM PÅRØRENDE | 10 |
| 4.3 TRYGDERTIGHETER FOR PÅRØRENDE | 11 |
| 4.4 OMSORGLØNN | 11 |
| 5 STATUSBESKRIVELSE AV DAGENS OMSORGSTILBUD I SKJERVØY | 11 |
| 5.1 KOMPETANSEN I PLEIE OG OMSORGSSEKTOREN | 11 |
| 5.2 TJENESTETILBUDET TIL PASIENTER MED KREFTDIAGNOSE | 11 |
| 5.3 TILRETTELEGGING AV TJENESTETILBUDET I HJEMMET VED LIVETS SLUTT | 12 |
| 5.4 LEGETJENESTEN | 13 |
| 5.5 SKJERVØY SYKESTUE | 13 |
| 5.6 SKJERVØY SYKEHJEM..... | 14 |
| 5.7 HJEMMETJENESTEN | 14 |
| 5.8 HELSESTASJONEN..... | 15 |
| 5.9 ERGOTERAPITJENESTEN | 15 |
| 5.10 FYSIOTERAPITJENESTEN | 16 |
| 5.11 PSYKIATRITJENESTEN..... | 16 |
| 5.12 SOSIALTJENESTEN/NAV | 16 |
| 5.13 SPESIALISTHELSETJENESTEN OG ØVRIGE SAMARBEIDSPARTNERE | 16 |
| 5.14 INDIVIDUELL PLAN - KOORDINERING AV TJENESTER | 16 |
| 5.15 ASVO | 17 |
| 5.16 FRIVILLIGE ORGANISASJONER | 17 |
| 6 FOREBYGGENDE ARBEID | 17 |
| 6.1 FOREBYGGENDE HELSEARBEID OG FOLKEHELSE | 17 |
| 6.2 NOEN RISIKOFAKTORER | 18 |
| 6.3 INTERKOMMUNALT OG REGIONALT SAMARBEID | 18 |
| 7 KOMMUNENS SATSNINGSOMRÅDER | 19 |
| 7.1 FOREBYGGENDE HELSEARBEID | 19 |
| 7.2 MØTEPLASS..... | 19 |
| 7.3 BYGNINGSMESSIGE ENDRINGER | 19 |
| 7.4 ORGANISERING AV OMSORG VED LIVETS SLUTT I HJEMMET | 19 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7.5 | FOKUS PÅ LINDRENDE OMSORG TIL ELDRE OG DEMENTE I SYKEHJEM..... | 19 |
| 7.6 | KOMPETANSEHEVING OG BEMANNING | 19 |
| 8 | HANDLINGSPLAN..... | 20 |
| 9 | REFERANSER..... | 21 |
| 10 | VEDTAK I KOMMUNESTYRE 17. MARS 2011..... | 22 |

Forord

HVIS DU VIL

Har du varme nok?

Du har.

Sønnen, tankene er gitt deg gratis.

Men varmen i deg må du gi

og gi igjen.

Også du

kan si et ord om glede.

Du har en hånd,

varm,

hvis du vil.

(Rolf Jacobsen)

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for planen

Plan for kreftomsorg og lindrende omsorg er en del av Skjervøy kommunes helse- og sosialplanarbeid. Planen omhandler både tjenester til pasienter med en kreftdiagnose og endret livssituasjon hvor behandlingen er kurativ, og tjenester til pasienter med forventet kort levetid hvor behandlingen er palliativ.

Stadig flere overlever kreftsykdom, og ca. halvparten av kreftpasientene lever fremdeles fem år etter diagnose. Å få en kreftdiagnose kan oppleves som en stor belastning i livet.

Kreftsykdom fører til endret livssituasjon og stiller krav til pasient og pårørende på ulike områder. Behovene blir sammensatt. For samfunnet som helhet byr økningen i kreftforekomst på store utfordringer, blant annet når det gjelder kapasitet, kvalitet og organisering av helsetjenestene som tilbys (Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009).

Mennesker med behov for lindrende omsorg i livets slutfase, må få et tilbud som er integrert i det ordinære helsevesen. I tillegg til kreftpasienter, vil dette også gjelde for andre pasientgrupper, blant annet eldre i sykehjem, demente, utviklingshemmede, pasienter med nevrologiske lidelser og hjerte- og lungelidelser. Vi anser det som viktig å tilrettelegge for at de som ønsker det, skal få tilbringe den siste tiden i hjemmet og dø hjemme. Pårørendes behov i denne sammenheng må også ivaretas.

Det er viktig at pasient og pårørende opplever trygghet og kvalitet i tjenesten. Helsevesenets muligheter må utnyttes optimalt slik at den sykes hjelpebehov blir dekket, uavhengig av diagnose og situasjon. Det skal vises respekt for pasient og pårørendes ønsker og behov.

I St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen (*”Rett behandling – på rett sted – til rett tid”*) vektlegges blant annet betydningen av å se helhet og koordinering av tjenester. Det økte behovet for en samlet helsetjeneste skal i størst mulig grad dekkes i kommunen. Dette løfter fram betydningen av fokus på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne; noe som forutsetter det å se helheten, ikke bare en diagnose.

Hovedmål:

Innbyggere i Skjervøy kommune med en kreftdiagnose og/ eller forventet kort levetid som følge av alvorlig sykdom, skal få god omsorg, nødvendige og tilstrekkelige tjenester til rett tid, hvor trygghet, respekt og kvalitet vektlegges.

I omsorgsbegrepet legger vi til grunn en helhetlig forståelse av mennesket og dets behov for hjelp og støtte i en vanskelig og utfordrende situasjon. Omsorg er således et overordnet begrep og omfatter alle tiltak på alle nivåer i møte med pasient og pårørende.

1.2 Prosjektgruppa

Prosjektgruppa er organisert på følgende måte:

Overordnet plan/styringsgruppe:

- Helse og sosialsjef, Lise Roman (leder)
- Kreftsykepleier, Gøril Nilsen (sekretær)
- Virksomhetsleder for sykestua og sykehjemmet, Margot Hansen
- Virksomhetsleder for Hjemmesykepleien, Eldbjørg Nyvoll

Arbeidsgruppe:

- Gøril Nilsen, kreftsykepleier i Hjemmetjenesten (leder og sekretær)
- Eldbjørg Ringsby, rådgiver på Helsestasjonen
- Åshild Hansen, sykepleier på sykestua og sykehjemmet
- Gro Anita Mikkelsen, hjelpepleier på sykestua og sykehjemmet med videreutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie

Helse- og sosialsjefen legger Kreftplanen frem for kommunestyret.

Den overordnede plan/styringsgruppa innledet arbeidet med et felles møte i september -09 hvor det ble orientert om bakgrunnen for planen og hvilke forventninger som lå til innholdet. Arbeidsgruppa har hatt jevnlig møter og samtaler med både ledere og andre aktører i involverte virksomheter. Vi har også orientert oss om hvordan andre kommuner har organisert og utviklet denne tjenesten.

2 Kreftsykdom

2.1 Hva er kreft?

Kreft er et samlenavn på ca 200 ulike kreftsykdommer. Sykdommene har mange fellestrekk, men det kan også være store ulikheter. Sykdomsforløpet (prognosen) varierer mye ut ifra hvilken type kreft det dreier seg om. Felles for alle kreftsykdommer er at de starter med ukontrollert celledeling. Dette medfører en opphopning av kreftceller som til slutt danner en kreftsvulst. Kreftceller kan spre seg til andre organer via lymfe- eller blodårer og de kan vokse inn i omkringliggende friskt vev og danne nye kreftsvulster. Dette kalles metastasering (spredning). De mest vanlige organene kreft sprer seg til er skjelett, lever, lunge, hjerne og

lymfeknuter. Behandlingsformene er hovedsakelig kirurgi, strålebehandling, cellegift- og hormonbehandling, samt lindrende behandling.

2.2 Definisjoner

Kurativ behandling – målet med behandlingen er å helbrede pasienten for kreftsykdom

Lindrende behandling (palliativ) – når sykdom ikke kan helbredes er målet å lindre, redusere og forebygge plager, forlenge overlevelse eller en kombinasjon av disse.

2.3 Forekomst av kreft

Det er ca. 26 000 mennesker som årlig får kreft i Norge. Tall for 2008 viser at 14000 menn, og 12000 kvinner fikk en kreftdiagnose i løpet av dette året (Kreftregisteret).

Den hyppigst forekommende kreftformen er hos menn prostatakreft og hos kvinner brystkreft. For menn og kvinner sett under ett, er tarmkreft (kreft i tykk- og endetarm) den nest hyppigste kreftformen. Lungekreft er blant de vanligste kreftformene og den som tar flest liv.

Skjervøy kommune, tall fra Kreftregisteret

| Diagnoseår | Antall krefttilfeller |
|------------|-----------------------|
| 1990 | 6 |
| 1999 | 12 |
| 2003 | 18 |
| 2007 | 16 |
| 2008 | 13 |

De fleste som får en kreftsykdom er over 50 år og over halvparten av tilfellene inntreffer etter fylte 70 år. Det er ca. 140 barn mellom 0-15 år i Norge som årlig får en kreftdiagnose. Hos ungdom mellom 15-25 år er det ca. 200 tilfeller pr.år. Kreft hos barn og unge har en bedre prognose enn hos voksne. I dag lever ca. 190.000 personer i Norge som har eller har hatt en kreftdiagnose. I Skjervøy kommune var det pr 31/12-08 117 personer som har eller hatt en kreftdiagnose, mot 67 personer pr 31/12-98.

Kreftforekomsten er økende. Dette skyldes bl.a bedre diagnostiseringsmetoder, befolkningsveksten, flere eldre, samt økt risiko for enkelte kreftsykdommer som bryst-, tarm-, og lungekreft. Risikoen for å utvikle kreft tiltar med alderen. Ifølge Kreftforeningen forventes det 26 % økning av kreft frem mot 2020 sammenliknet med 2001.

Livsstilsfaktorer som overvekt, lav fysisk aktivitet og røyking er også medvirkende faktorer til økt forekomst av kreft.

Stadig flere overlever kreftsykdom og over 60 % lever 5 år etter diagnose. Økende helbredelse skyldes først og fremst et bedre behandlingstilbud. (*Nasjonal strategi for kreftområdet*)

2.4 Hva er spesielt med kreft?

Det å få en kreftsykdom innebærer som regel en krise i livet for pasient og pårørende. Livssituasjonen endres ofte fra en dag til en annen og kan medføre stor usikkerhet for fremtiden. For svært mange innebærer kreftdiagnosen et langvarig og krevende behandlingsopplegg som kan strekke seg over måneder og år. Selv med god prognose griper sykdommen inn i hele livet og har konsekvenser for framtida.

Pasienten gjennomgår mange faser i sykdomsforløpet. Fra første mistanke om sykdom til diagnosen stilles er det utredninger med undersøkelser og prøver, venting på resultater osv. Denne tiden preges gjerne av stor usikkerhet, og mange opplever ventetiden fra diagnosen stilles til behandling starter, som lang.

Når behandlingen starter, oppleves gjerne hverdagen mer strukturert og forutsigbar. De fleste klarer å mobilisere krefter til å gjennomføre behandlingen.

Når behandlingen er gjennomført og pasienten er fri for sykdomstegn og symptomer, vil mange føle seg lettet. Samtidig vil mange preges av frykten for tilbakefall (residiv).

Så kommer en tid der pasienten skal leve videre etter endt behandling. Hvordan leve et ”normalt” liv? Mange opplever at kroppens fysiske tilstand er svekket, og at det tar lang tid å vende tilbake til et normalt liv. Det vil også være en tid med regelmessige etterkontroller, noe som ofte ledsages av ny uro og spenning. For enkelte vil behandlingen ikke ha den ønskede effekt, slik at de vil gå inn i det vi kaller lindrende fase (palliativ) med uhelbredelig sykdom.

2.5 Behandlingsmetoder og diagnostikk

Diagnosen stilles ved at pasienten gjennomgår utredning med prøver og undersøkelser. Det kan blant annet være blodprøver, urinprøver, vevsprøver, ulike røntgenundersøkelser, MR, CT m.m. De mest vanlige behandlingsmetoder er kirurgi, strålebehandling, cellegiftbehandling, og hormonbehandling.

Kirurgi er en viktig behandlingsmetode for å kurere kreft. Over halvparten av pasientene blir operert. Noen ganger kan kreftsvulsten fjernes helt. I andre tilfeller gis

kombinasjonsbehandling med cellegift og/eller strålebehandling før operasjon for å minske svulsten, eller etter operasjon for å redusere farene for tilbakefall (residiv).

Cellegift, også kalt kjemoterapi og cytostatika er medisiner som er utviklet for å drepe eller hindre vekst av kreftceller. Cellegift angriper spesielt celler som deler seg raskt, slik som kreftceller gjør. Det finnes mange forskjellige cellegifttyper og behandlingen er nøye tilpasset den enkeltes kreftsykdom og behov. Behandlingen kan strekke seg fra uker til måneder og også pågå over flere år.

Formålet med cellegiftbehandling kan være å helbrede sykdommen (kurativ behandling); gjøre kreftsvulsten mindre før operasjon, drepe kreftceller som finnes i kroppen etter operasjon eller strålebehandling (kurativ behandling) Ved uhelbredelig sykdom kan cellegift brukes for å holde sykdommen i sjakk og redusere plager som svulsten forårsaker (lindrende behandling).

Vanlige bivirkninger kan være kvalme, smaksendringer, hårtap, økt infeksjonsfare, nevropati, økt blødningstendens.

Strålebehandling har gjennom mange år vært en anerkjent og effektiv behandling av kreft. Ved strålebehandling påvirkes cellenes evne til å dele seg. Stråling gis både som kurativ og lindrende behandling. Den kan gis alene eller som tilleggsbehandling til kirurgi og cellegift. Målet er å gi en stor nok dose til å ødelegge svulstvevet samtidig som minst mulig friskt vev skades.

Vanlige bivirkninger kan være sår hud i strålefeltet, fatigue (tretthet), kvalme, fordøyelsesplager, infeksjonsfare.

2.6 Senskader

I de siste årene er man blitt mer oppmerksom på at mange pasienter kan slite med ulike senskader etter sykdom og behandling. Ulik funksjonsnedsettelse og fatigue, tretthetssyndrom, kan være eksempler på dette. Fokus på rehabilitering av disse pasientene er stadig økende.

3 Lindrende omsorg

3.1 Lindrende omsorg ved livets slutt

Når alvorlig sykdom ikke kan helbredes er det lindrende(palliativ) behandling som tilbys. Målet med lindrende behandling kan være å forlenge livet, forebygge eller utsette plagsomme symptomer, samt lindre eksisterende symptomer. Både cellegift- og strålebehandling er eksempler på livsforlengende og symptomforebyggende behandling. utfordringen ligger i å

tilby behandlingen som er den beste for pasienten. Effekt av behandling og forventet levetid er viktige grunnleggende faktorer i behandlingsopplegget. Målet er å opprettholde best mulig livskvalitet for pasient og pårørende.

Noen pasienter kan leve i flere år med alvorlig, uhelbredelig kreftsykdom, mens andre kan ha et kortere forløp fra uker til noen måneder. Dette vil variere ut ifra den enkeltes diagnose og situasjon for øvrig. Selv om kreftsyke utgjør den største pasientgruppen innenfor lindrende omsorg, vil prinsippene også gjelde for andre med langtkommen, alvorlig sykdom. Det er også viktig å tenke lindrende omsorg ved livets slutt til eldre i sykehjem. Lindrende omsorg krever godt tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell på alle nivåer. Nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig.

3.2 Vanlige plager i lindrende fase.

Pasienten har ofte flere plager samtidig, av både fysisk, psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell karakter. Vanlige plager kan være smerter, kvalme, angst og uro, søvnplager, manglende appetitt, vekttap og avmagring, uttalt tretthet, depresjon, tristhet, sosial isolasjon m.m. Smerter er ofte det symptomet de fleste pasienter og deres pårørende frykter mest. Ubehandlet smerte vil gjerne forsterke andre plager som blant annet angst, uro og kvalme. Kartlegging av pasientens smerter og andre plager er et viktig verktøy for å sikre at pasienten får den beste behandling. Dette krever at personalet innehar kompetanse som sikrer at pasientens behov for lindring blir ivaretatt.

Omsorgsfull ivaretagelse av den alvorlige syke i livets slutfase og deres pårørende er også av største betydning. Oppfølging av etterlatte i sorgfasen etter pasientens død hører med til god lindrende omsorg. Det vektlegges at de som ønsker det, skal få tilbringe den siste tiden i hjemmet og dø hjemme. Dette krever god planlegging og nært samarbeid med pårørende. Det må være smidighet i systemet og gode forutsigbare ordninger som sikrer at pasient og pårørende får hjelp når de trenger det. De som er alene og uten nære pårørende, må også gis mulighet til å være hjemme den siste tiden såfremt det er deres ønske.

Opprettholdelse av håp, verdighet og livskvalitet er sentrale begreper innenfor lindrende omsorg.

3.3 Pleiepersonalet

Omsorg til alvorlig syke og døende er utfordrende og stiller store krav til pleiepersonalet. Tilstrekkelig kompetanse er nødvendig. Behovet for veiledning må ivaretas. Lindrende omsorg i hjemmet er ressurskrevende med hensyn til organisering og bemanning, og krever fleksibilitet i tjenesten.

4 Pårørende

4.1 Pårørende

Kreft er en sykdom som ikke bare rammer enkeltpersoner. Når et familiemedlem får kreft blir hele familien berørt.

En må ta utgangspunkt i den enkelte pasient og pårørende, og tilpasse hjelpen etter hvilket behov disse har. En pårørende kan være barn, ungdom, partner /ektefelle, foreldre, øvrige familiemedlemmer og venner. Det er viktig at helsepersonell raskt registrerer hvem som er pasientens pårørende.

Pårørende er ofte de som kjenner pasienten best, og kan være en ressurs for pasient og helsepersonell. De kan ivareta pasientens identitet og stimulere håp, livsmot og fremme pasientens mestringsevne på en annen måte enn helsepersonell kan.

Pårørende trenger ofte hjelp og støtte til å takle de utfordringene de står i. Informasjon om sykdomsutvikling og behandling er av stor betydning slik at de vet hva de kan forvente seg i tiden framover. Oppfølging og samtaler gjennom sykdomsperioden bidrar til å skape trygghet og tillit mellom pasient, pårørende og helsepersonellet. Etterlattesamtaler, sorggrupper, veiledning og praktisk hjelp i forhold til det offentlige hjelpeapparatet og andre instanser kan være tiltak som ivaretar pårørende på en god måte.

4.2 Barn som pårørende

Når foreldre eller andre nære personer til barn og unge blir alvorlig syk, er det viktig at barna blir tatt på alvor. Det må finnes plass for dem i samtaler om foreldrenes sykdom, og de må få status som pårørende.

Foreldre er de viktigste personene i barnas liv, og foreldre og barn befinner seg i et gjensidig avhengighetsforhold. Ved alvorlig sykdom blir barn redde for at mor eller far skal dø. Barn som opplever sorg og kriser bør møtes med informasjon, åpenhet og delaktighet. Fantasi kan være mer skremmende enn virkeligheten. Kriser oppleves og bearbeides ulikt avhengig av barnets alder og situasjon. Informasjonen må tilpasses barnets utviklingstrinn.

Barns sorgreaksjon kan være konsentrasjonsproblemer, tristhet, søvnforstyrrelser, angst for å være alene, sinne, endret adferd, regresjon.

Barn beveger seg ofte ut og inn i sorgens landskap og trenger trygge voksenpersoner som de er fortrolige med og som ser og ivaretar dem. Det er viktig med en så normal hverdag som mulig og dette krever godt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

4.3 Trygderettigheter for pårørende

Ved pleie av nære pårørende i livets slutfase gis pleiepenger etter de samme bestemmelsene som gjelder for sykepenger ved egen sykdom. Dette kan gis i inntil 60 dager for hver pasient. Søknad om pleiepenger må sendes skriftlig til det lokale NAV-kontoret. Eget søknadsskjema er ikke utarbeidet. Henviser for øvrig til www.nav.no.

4.4 Omsorgslønn

Personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan tildeles omsorgslønn. Dette er ingen rettighet, men kommunen forplikter seg til å ha en slik ordning. Sosialkontoret kan kontaktes for nærmere informasjon og søknadsskjema.

5 Statusbeskrivelse av dagens omsorgstilbud i Skjervøy

Skjervøy Kommune sørger for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte jfr. Kommunehelsetjeneloven § 1-2. Det innebærer bl.a. oppgaver som legetjeneste med diagnose og behandling av sykdom, legevaktstjeneste, medisinsk habilitering og rehabilitering, fysio- og ergoterapi, pleie og omsorg i hjemmetjeneste og sykehjem med mer. Dette vil bli nærmere omtalt nedenfor. Hjelpetilbudet avgjøres ut fra de konkrete behov og kommunens økonomiske og personellmessige ressurser, men de som er avhengig av offentlig hjelp skal være sikret nødvendige og forsvarlige tjenester.

Det foreligger planer om utbygging av Helsesenteret med bl.a. flere sykehjemsplasser, omsorgsboliger, ny skjermet enhet og dagsenter. Det er ikke konkrete planer om når utbyggingen skal iverksettes.

5.1 Kompetansen i pleie og omsorgssektoren

- 28 sykepleiere. Av disse har 2 har videreutdanning i ledelse, 3 i psykiatri og 1 i kreftomsorg. Det er 2 sykepleiere under utdanning i aldring og eldreomsorg som uteksamineres våren 2011.
- 68 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Av disse har 2 videreutdanning i psykiatri, 4 i kreftomsorg og 3 i eldreomsorg.
- 4 vernepleiere

5.2 Tjenestetilbudet til pasienter med kreftdiagnose

Ved mistanke om kreftsykdom er det som regel fastlegen som starter utredningen med undersøkelser og prøver som kan tas ved legekantoret. Pasienten henvises så videre til

spesialisthelsetjenesten for videre undersøkelser. På bakgrunn av diagnose, iverksettes behandling, så som operasjon, cellegift, strålebehandling eller lindrende behandling.

Oppfølging og koordinering

Kreftsykepleier er hovedansvarlig for oppfølging av pasienter i kreftomsorg og deres pårørende. Det er opparbeidet et nært samarbeid mellom kreftsykepleier og fastleger. Når kreftdiagnosen er bekreftet, tilbys pasienten kontakt med kreftsykepleier enten via fastlegen eller via Spesialisthelsetjenesten ved UNN. Pasienten selv eller deres pårørende kan også ta kontakt med kreftsykepleier på eget initiativ.

I de tilfeller hvor pasienten har startet behandling ved UNN, f.eks cellegiftbehandling og skal fortsette behandlingen lokalt, tar den aktuelle avdeling kontakt med kreftsykepleier som så er ansvarlig for praktisk tilrettelegging og gjennomføring av behandlingen.

Det er nært samarbeid mellom kreftsykepleier, fastlege, og Spesialisthelsetjenesten ved UNN, spesielt Kreftavdelingen og Kompetansesenteret for lindrende behandling. Kreftsykepleier er koordinator og når behovet tilsier det, kontaktes den aktuelle avdeling ved UNN for spørsmål, råd og veiledning.

Kreftsykepleier er pasientens og pårørendes kontaktperson og har nær kontakt gjennom hele sykdomsforløpet. I hovedsak består oppfølgingen av regelmessige hjemmebesøk med samtaler, praktisk tilrettelegging i hjemmet, følge til lege, ordne med resepter og medisiner, osv. Kreftsykepleier kartlegger pasientens behov, koordinerer hjelpetilbudet og formidler kontakt med øvrig hjelpeapparat, så som ergoterapeut, fysioterapeut, NAV, Apotek, prest,

5.3 Tilrettelegging av tjenestetilbudet i hjemmet ved livets slutt

Det tilstrebes at pasienter med langtkommen kreftsykdom eller annen alvorlig sykdom som ønsker det, skal få være hjemme den siste tiden og dø hjemme. Disse pasientene har gjerne mange og sammensatte problemer, som krever tett oppfølging av fagpersoner med kompetanse innenfor lindrende omsorg. Kreftsykepleier er hovedansvarlig for planlegging og gjennomføring av omsorgstilbudet. Dette gjøres i nært samarbeid med Hjemmetjenesten, fastlege og sykestua. Nært samarbeid med pårørende er en forutsetning for å gjennomføre dette tilbudet. I vår kommune er det ca. 1-2 pasienter pr. år som ønsker dette tilbudet. Erfaringsmessig er det vanligvis 1-3 uker hvor døgnkontinuerlig, tett oppfølging er nødvendig.

Man tilstreber at færrest mulig personer skal være involvert i omsorgstilbudet i hjemmet.

Etter at 4 hjelpepleiere har tatt videreutdanning i kreft- og lindrende omsorg, har de blitt tatt med i pleieteamet rundt pasienten. Hjemmetjenesten og sykestua har da samarbeidet om vaktplanen. Dette har vært prøvd ved et par anledninger. Det fungerte meget bra og er noe vi ønsker å opprette som ei fast ordning med et pleieteam bestående av kreftsykepleier og hjelpepleiere med videreutdanning. Når behovet tilsier det, må selvfølgelig øvrig personale også involveres og det vil være nødvendig å sette opp turnusplan for pleien i hjemmet.

Hjemmetjenesten i Skjervøy kommune har ikke døgnbasert bemanning. Når pasienten har behov for hjelp om natta er det derfor sykestua som i første omgang kontaktes og de rykker evt. ut for å gi medisiner eller bistå ved stell og lignende. Ofte er det behov for at sykepleier rykker ut. Vakthavende sykepleier på sykestua kan være opptatt med pasienter som har behov for akutt hjelp.

Dette gjør omsorgstilbudet i hjemmet på natten uforutsigbart, i og med at sykepleier ikke alltid kan rykke ut. Ved økende hjelpebehov opprettes det ordninger med sykepleier som har fast bakvakt. Pasient og pårørende skal føle trygghet ved at de får hjelp når de trenger det. Det er viktig at pårørende til enhver tid har tlf.nr og at de vet hvem de kan ringe til.

5.4 Legetjenesten

Skjervøy kommune har 3 leger ved legekantoret samt 1 turnuslege. I tillegg til ordinær allmenlegepraksis, fungerer de som tilsynslege ved Skjervøy sykestue og sykehjem med inntil 13 timer pr. uke.

Hver fredag deltar legene i et tverrfaglig samarbeidsmøte med representanter fra institusjonen, hjemmetjenesten, psykiatritjenesten og fysioterapeut. utfordringer knyttet til pasienter med kreftsykdom eller pasienter med behov for lindrende omsorg kan drøftes her.

5.5 Skjervøy sykestue

Skjervøy sykestue har 5 enerom med panoramautsikt mot Skjervøy havn og sentrum. Rommene har egne bad, TV og O2 uttak i vegg. I tillegg har vi 1 velutstyrt akuttrom med egen inngang for ambulansetransport hvor ulike båretyper samt akuttsekk og varme klær til evt. utrykning blir oppbevart. Rommet er stort og oversiktlig med mye moderne/teknisk utstyr. Det har eget bad med dusj og toalett

Sykestua er godt utstyrt, og behandlingen som gis her er svært allsidig. Et av rommene er spesielt innredet for pasienter som er alvorlig syke. Rommet blir prioritert til pasienter som har en kreftdiagnose. Rommet har panoramautsikt over Skjervøy havn. Her finnes fasiliteter som TV og stereoanlegg, gode skinnstoler med tilhørende krakk, et eget lite spisebord og ei

flott seng med en tilhørende tykk tempurmadrass. Veggene prydes av kunst. Det gis mulighet til dimmet belysning. Rommet har også en egen rullestol til disposisjon.

På sykestua jobber det sykepleiere og hjelpepleiere. Det er allsidige og varierte arbeidsoppgaver, hvor vi har med et bredt spekter av ulike sykdomstilfeller å gjøre. Vi har et tett samarbeid med kreftsykepleier, som har samtaler med pasienter, pårørende og ansatte, samt deltar aktivt i behandlingen. Daglig legevisitt sikrer også at pasientene får god oppfølging og at behandlingen som gis blir nøye vurdert. Vi har et velutviklet kvalitetssystem med egne prosedyrer både for arbeidsrutiner, tekniske apparater og andre medisinske oppgaver og et nært samarbeid med ulike instanser i helsevesenet, f. eks lege, fysioterapeut, hjemmesykepleie, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), helsestasjon, sosialkontor, apotek etc.

Cellegiftbehandling gis i samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved UNN, fastlege og kreftsykepleier. Fra årsskiftet 2010/11 er det opprettet samarbeid med Sykehusapoteket ved UNN i forhold til blanding av cellegift. Kreftsykepleier er ansvarlig for praktisk tilrettelegging og gjennomføring av behandlingen. 2 sykepleiere ved sykestua har gjennomgått cytostaticakurs ved Kreftavd. UNN og fått praktisk opplæring slik at de kan gi kurer i kreftsykepleiers fravær. Fastlegen er hovedansvarlig og er alltid tilstede ved oppstart av kur. Kreftsykepleier har tett oppfølging av alle pasienter som får cellegiftbehandling, også i perioden mellom kurene. Tilbudet er i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen og er viktig å opprettholde og styrke.

5.6 Skjervøy sykehjem

Sykehjemsavdelingen består av 18 sykehjems plasser, samt en egen skjermet enhet for senil demente med 9 plasser; Solkroken. Beboerne har enerom med tilhørende bad. Noen av rommene har også tilhørende takheiser. Sykehjemmet drives etter primærsykepleiemodellen. Avdelingssykepleier arbeider i avdelingen 2 dager i uka og 3 dager administrasjon.

Beboerne får et næringsrikt og variert kosthold fra Helsesenterets eget kjøkken. Beboerne kan benytte seg av tilbud som blant annet gudstjeneste annenhver onsdag, kiosk hver uke, klessalg vår og høst, juletilstelning med pårørende, hage i tilknytning til dagligstue med tilhørende utegrill, egen sykehjemsbuss, bursdagsfeiring siste tirsdag hver måned, frisør og fotpleie.

Det er et overordnet mål at beboernes integritet og autonomi skal ivaretas fram til livets slutt.

5.7 Hjemmetjenesten

Alle med hjelpebehov som bor eller oppholder seg i Skjervøy kommune skal få et variert, fleksibelt og kvalitetssikret tilbud. Brukerne skal, såfremt det er mulig og dersom de ønsker

det, få bo i sitt eget hjem, eller i en kommunal bolig tilpasset eldre/funksjonshemmede. Det er utarbeidet serviceerklæringer for hver av tjenestene som hjemmetjenesten tilbyr sine brukere, med spesifikk informasjon om forventninger til brukerne, de ansatte og innholdet i tjenestetilbudet.

5.7.1 Kreftsykepleier

Kreftsykepleier er tilknyttet Hjemmetjenesten i 100% stilling og har kontor på Helsesenteret. Kreftsykepleier har ansvar for individuell oppfølging av kreftpasienter og deres pårørende i alle faser av sykdom. Kreftsykepleier er ansvarlig for tilrettelegging av omsorgstilbudet for pasienter som ønsker å være hjemme den siste tiden og dø hjemme.

Det tilbys samtaler og oppfølging av etterlatte etter dødsfall. I oppfølgingen av pasienter inngår også nært samarbeid med fastleger og øvrig helsetjeneste, bl.a med deltakelse på det ukentlige tverrfaglige ”Fredagsmøtet”. Kreftsykepleier deltar i nettverksgruppe for kreftsykepleiere i Nord-Troms og i nettverksgruppe for kreftsykepleiere i Troms og Finnmark i regi av Kreftforeningen og Kompetansesenteret ved Kreftavdelingen UNN.

Kreftsykepleier er også ansvarlig for organisering og gjennomføring av cellegiftbehandling ved sykestua, samt oppfølging og veiledning av personale etter behov.

5.8 Helsestasjonen

Ved Skjervøy helsestasjon er det tilknyttet to helsesøstre og en rådgiver, alle i 100% stilling, samt folkehelsekoordinator i 50% stilling.

Helsestasjonsvirksomheten retter seg først og fremst mot barn og unge og deres familier i form av oppfølging, veiledning i ulike sammenhenger, samt undervisning og holdningsskapende arbeid. Helsestasjonen er et helhetlig og samordnet lavterskeltilbud som samarbeider med den øvrige helsetjeneste, barnevern, skole, PPT, BUP. I familier hvor utfordrende og alvorlige situasjoner oppstår, for eksempel ved kreftsykdom hos barn eller foreldre, vil helsestasjonen kunne være en viktig samarbeidspartner i forhold til oppfølging og koordinering av tjenester.

Folkehelsekoordinator har hovedfokus på helsefremmende og forebyggende arbeid.

5.9 Ergoterapitjenesten

Det er en 50 % stilling som ergoterapeut organisert under fysioterapiavdelingen.

Ergoterapeuten kartlegger, gir råd og veiledning i forhold til den enkelte brukers behov for hjelpemidler, det være seg i hjemmet eller på institusjonen, samt bistår ved utbedring og tilpasning av bolig.

5.10 Fysioterapitjenesten

Skjervøy kommune har tre fysioterapeuter tilknyttet fysioterapiavdelingen. Treningsrom og terapibasseng er tilknyttet avdelingen. I tillegg til ordinær fysioterapitjeneste tilbys det oppfølging av pasienter på sykestua og sykehjemmet. Det kan blant annet være ved behov for rehabilitering og ved lindrende omsorg.

5.11 Psykiatritjenesten

Tjenesten er todelt og består av et døgnbemannet bofelleskap og en psykiatrisk hjemmetjeneste. Leder for psykiatritjenesten deltar på det ukentlige ”Fredagsmøtet”.

5.12 Sosialtjenesten/NAV

Lov om sosiale tjenester har blant annet som formål å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale problemer. Sosialtjenesten gir tilbud til de som er helt eller delvis avhengig av praktisk eller personlig bistand for å greie dagliglivets gjøremål.

5.13 Spesialisthelsetjenesten og øvrige samarbeidspartnere

For å gi et helhetlig tilbud til pasienter med kreftdiagnose og/eller behov for lindrende omsorg kreves det tett samarbeid med spesialisthelsetjensten; UNN, spesielt Kreftavdelingen og Kompetansesenteret ”Lindring i Nord”, DMS (Distriktsmedisinsk senter), NST (Nasjonalt senter for telemedisin).

Rehabiliteringstilbud gis blant annet ved Montebello, Valnesfjord Helsesportsenter, Nordtun HelseRehab og Salangen HelseRehab. Kreftforeningen tilbyr ulike kurs for pasienter, pårørende og fagpersoner.

5.14 Individuell plan - Koordinering av tjenester

Individuell Plan (IP) er en rettighet for personer med behov for sammensatte tjenester over tid uavhengig av alder og diagnose.

IP er et verktøy for samarbeid som blant annet skal sikre at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Ordningen med IP impliserer også at tjenestemottaker får en egen kontaktperson/koordinator.

Pasienter med kreftdiagnoser, behov for lindrende omsorg eller kreftpasienter i en rehabiliteringsfase har ofte sammensatte behov og vil kunne ha nytte av IP. Et godt tverrfaglig oppfølgingsapparat er viktig. Skjervøy kommune har utarbeidet system/ skjematikk for IP, samt retningslinjer for samarbeid og samordning av tjenester. Se kommunens hjemmeside under habilitering/rehabilitering koordinerende enhet

5.15 ASVO

Skjervøy Arbeidssamvirke er tiltaksarrangør for NAV med hovedoppgave å tilrettelegge for- og utprøve arbeidssøkere med spesielle behov. Et rådgivende utvalg bestående av representanter fra NAV, Asvo, lege og evt. andre vurderer hvem som har behov for dette tilbudet.

5.16 Frivillige organisasjoner

Vi har mange frivillige organisasjoner i Skjervøy som kan være en ressurs for brukere av omsorgstjenesten, f.eks Røde Kors Besøktjeneste, Mental Helse, Pensjonistforeningen, Lions`s Club.

6 Forebyggende arbeid

6.1 Forebyggende helsearbeid og folkehelse

Folkehelsearbeid kan knyttes til de to betegnelse helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid er forebyggende arbeid i bred forstand og omfatter kunnskap om risikofaktorer, tiltak som skjermer mot negative ytre påvirkninger og tiltak for å legge til rette for enkeltpersoners mulighet for sunn livsstil. Videre omfatter forebyggende arbeid helseopplysning som gir faktagrunnlag og stimulerer til at den enkelte selv kan gjøre valg som gir god helsegevinst over tid. Det er viktig å gi enkeltindividet og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. (NOU 1998:18)

I vår sammenheng tenker vi spesielt på forebygging av kreftsykdom, men i folkehelseperspektiv vil sykdomsrisiko reduseres generelt gjennom godt folkehelsearbeid. I Skjervøy kommune er det fra 1.januar 2010 tilsatt folkehelsekoordinator i 50 % stilling.

Det arbeides aktivt i Skjervøy med å legge til rette for fysisk aktivitet både i organiserte og uorganiserte former (turstier, lysløype, gapahuker, gang og sykkelsti osv.). Det planlegges også opprettelse av Frisklivssentral.

Skjervøy kommune har opprettet en Tverrfaglig ressursgruppe (TRG) som ledes av Rådgiver på helsestasjonen og har medlemmer fra alle arenaer som jobber med barn og unge (se kommunens hjemmeside). Hovedfokus for TRG er psykisk helse, trivsel og mestring. God trivsel øker mestring og styrker selvfølelse og vil i neste omgang kunne bidra til blant annet å forebygge livsstilssykdommer og kreft.

6.2 Noen risikofaktorer

6.2.1 Tobakk

Røyking er den største risikofaktoren i forhold til lungekreft og gir økt risiko for kreft i munnhule, svelg, luftveier, urinblære og livmorhals. Antall lungekrefttilfeller er økende blant kvinner. Stadig flere slutter å røyke, mye takket være holdningsendringer, røykerestriksjoner, røykekuttgrupper, hjelpemidler og legemidler.

6.2.2 Kosthold

Kostholdet har vist seg å ha betydning for utvikling av flere sykdommer, også kreft. Det har vært anslått at over 30 % av alle krefttilfellene kunne vært unngått dersom vi spiste sunnere. Viktigheten av frukt og grønt blir viet stadig større oppmerksomhet i internasjonal forskning. Regjeringen tilstreber å øke befolkningens kunnskap om mat, kosthold og helse, samt å legge til rette for at de sunne valgene blir enklere.

6.2.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en viktig del av forebyggende helsearbeid. En aktiv livsstil med tilstrekkelig mosjon er det beste grunnlaget for god helse. Fysisk aktivitet beskytter mot flere kreftformer både hos kvinner og menn. Forskningsresultater viser at risiko for brystkreft, tykktarmskreft, livmorhalskreft og prostatakreft trolig synker med regelmessig fysisk aktivitet.

6.2.4 Rusmidler

Forskning viser at alkohol øker risikoen for flere typer kreft. Risikoen øker med økende mengde alkohol. De negative virkningene av tobakk og alkohol forsterker hverandre og øker risikoen for kreft.

6.3 Interkommunalt og regionalt samarbeid

I henhold til Samhandlingsreformen skal folkehelsearbeid prioriteres. Interkommunalt samarbeid kan styrkes i forhold til for eksempel ulike kurstilbud; ernæring, rusforebygging, røykeavvenningskurs, mestringskurs etc. Kreftsykepleiere og annet nøkkelpersonell i Nord-Tromskommunene kan også opprette fora for å dele erfaringer og utnytte kompetanse og ressurser best mulig. Denne strategien om meningsfullt og målrettet interkommunalt samarbeid er en faktor i videre handlinger og planarbeid. Det eksisterer allerede nettverksgruppe for kreftsykepleiere i Nord-Troms.

7 Kommunens satsningsområder

7.1 Forebyggende helsearbeid

Frisklivssentral ble opprettet høsten 2010. Tilbud gjennom Frisklivssentralen vil kunne handle om tiltak for å hindre videreutvikling av helseplager. Gjennom Frisklivssentralen vil også noen tiltak kunne være rettet mot kreftpasienter i en rehabiliteringsfase. Aktuelle tilbud i Frisklivssentralen kan for eksempel være røykekuttkurs, ”Bra mat”-kurs og lignende.

7.2 Møteplass

Det vil være hensiktsmessig å opprette en Møteplass med fokus på trivselstiltak for personer som har, eller har hatt kreft. Det kan for noen være viktig å dele erfaringer i en uformell sammenheng. Dette kan også være et tiltak beregnet for pårørende til kreftsyke.

7.3 Bygningsmessige endringer

Det er ønskelig med et eget behandlingsrom til bruk ved cellegiftkurer, sårstell og øvrige praktiske prosedyrer. Her bør det legges vekt på rolige og komfortable omgivelser hvor også det estetiske er ivare tatt.

7.4 Organisering av omsorg ved livets slutt i hjemmet

Som beskrevet innledningsvis, understrekes det at alle som ønsker det skal gis mulighet til å være hjemme i livets slutfase og få dø hjemme. Dette krever gode retningslinjer og organisering av tjenestetilbudet. Ei viktig forutsetning er opprettelse av den 4. nattevaksstillingen. Et eget kreftteam vil også være hensiktsmessig.

7.5 Fokus på lindrende omsorg til eldre og demente i sykehjem

Vi ser betydningen av å ha spesielt fokus på lindrende omsorg til eldre og demente i sykehjem og at det bør utarbeides retningslinjer for dette.

7.6 Kompetanseheving og bemanning

Utfordringene Skjervøy kommune vil møte er tre-sidig. Det må rekrutteres nok helsepersonell. Dette omhandler både kapasitet og kvalitet i tjenestene. For å oppnå kvalitet må det satses på kompetanseheving av helsepersonell. En minst like stor utfordring er å beholde det personellet som allerede har sitt arbeide i omsorgstjenestene.

Skjervøy kommune har utarbeidet egen plan for videreutdanning og kompetanseheving, vedtatt i Kommunestyret 10.06.2010. Her foreslås videreutdanning av 1 kreftsykepleier innen 2015, samt ulike etterutdanningstiltak for ansatte med bl.a fagdager og hospitering ved UNN. Det er også viktig at legetjenesten styrkes innenfor kreftomsorgen og palliativ medisin i form av faglig oppdatering.

8 Handlingsplan

| Tiltak | Tidsperspektiv | Ansvarlig |
|--|---|---|
| Videreutdanning av kreftsykepleier | Innen 2015, jfr. Plan for kompetanse, opplæring og rekruttering i pleie- og omsorgstjenesten 2011-2015 | Helse- og sosialsjefen |
| Etterutdanning med faglig oppdatering, fagdager, kurs og hospitering for ulike yrkesgrupper | Fortløpende, jfr. Plan for kompetanse, opplæring og rekruttering i pleie- og omsorgstjenesten 2011-2015 | Virksomhetsledere i samarbeid med kreftsykepleier |
| Døgnbemanning i Hjemmetjenesten | Snarest | Helse- og sosialsjefen |
| Utarbeide modell for organisering av krefteam | Høst 2011 | Virksomhetsledere i samarbeid med kreftsykepleier |
| Utarbeide retningslinjer for lindrende omsorg i hjemmet ved livets slutt | Høst 2011 | Kreftsykepleier i samarbeid med krefteamet |
| Utarbeide retningslinjer for lindrende omsorg til eldre og demente i sykehjem | Høst 2011 | Leder for institusjon i samarbeid med avd.ledere |
| Utarbeide retningslinjer for rom 153 og p r renderommet | V r 2011 | Arbeidsgruppa for krefteamet |
| Vurdere behov for opprettelse av "Møteplass" med fokus på trivselstiltak for personer som har eller har hatt kreft | Innen 2012 | Kreftsykepleier i samarbeid med krefteamet |
| Etablering av behandlingsrom med relevant utstyr | Innen 2015 | Helse- og sosialsjef |

9 Referanser

| | |
|--------------------------------|--|
| Helse- og omsorgsdepartementet | NOU 1999:2 Livshjelp |
| Helse- og omsorgsdepartementet | Stortingsmelding nr. 25, 2005-2006 Mestring, muligheter og mening |
| Helse- og omsorgsdepartementet | Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009 |
| Helse- og omsorgsdepartementet | Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009 Samhandlingsreformen |
| Jacobsen, Rolf | Samlede dikt, s. 299 Gyldendal 1982 |
| Kaasa, Stein | Palliasjon – Nordisk lærebok Gyldendal Akademisk 2. utgave 2007 |
| Kåresen, Rolf og Wist, Erling | Kreftsykdommer Gyldendal Akademisk 2. utgave 2005 |
| Kreftforeningen | Kreft.no |



Saksfremlegg

| Utvalgssak | Utvalgsnavn | Møtedato |
|------------|-----------------------|------------|
| 4/11 | Skjervøy Kommunestyre | 17.03.2011 |

Plan for kreftomsorg og lindrende omsorg

Vedlegg: Plan for kreftomsorg og lindrende omsorg

Saksprotokoll i Skjervøy Kommunestyre - 17.03.2011

Behandling:

Helse- og sosialsjefen innledet på saken.

Vedtak:

Innstillingen enstemmig bifalt.

Rådmannens innstilling

Kommunestyret gjør slikt vedtak:

Det vises til Plan for kreftomsorg og lindrende omsorg, kap.8 Handlingsplanen med tiltak fra 1-9.

1. Virksomhetsledere og kreftsykepleier har ansvar for at tiltak 2, 4, 5, 6, 7 og 8 iverksettes innen de frister som fremgår av Handlingsplanen.
2. Helse- og sosialsjefen har ansvar for at tiltak 1, 3 og 9 følges opp.
3. Tiltak 3, døgnbemanning i hjemmetjenesten(den 4. nattevaktstillinga), søkes innarbeidet i økonomiplanen for 2012 – 2015.
4. Kommunestyret er kjent med at de kommunale helse- og omsorgstjenester pålegges stadig flere oppgaver i forhold til både Samhandlingsreformen, St.meld. 47(2008-2009), ny kommunal helse- og omsorgslov og ny nasjonal pleie- og omsorgsplan. Dette vil føre til behov utbygging og utvikling av både institusjonsomsorgen og hjemmetjenesten i åra som kommer.

Saksopplysninger

Bakgrunn for planen

Oppvekst- og levekårsutvalget behandlet sak om kreftomsorg og lindrende behandling i møte i oktober 2009.

Det ble nedsatt egen styringsgruppe slik:

Helse- og sosialsjefen

Kreftsykepleier

Leder for hjemmetjenesten

Leder for Skjervøy sykestue og sykehjem

Arbeidsgruppe slik:

Gøril Nilsen - kreftsykepleier (leder og sekretær)

Eldbjørg Ringsby - rådgiver på helsestasjonen

Åshild Hansen - sykepleier på sykestua og sykehjemmet

Gro Anita Mikkelsen - hjelpepleier på sykestua/sykehjemmet med videreutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie

Styringsgruppa og arbeidsgruppa hadde sitt første møte høsten 2009. Planen som nå legges frem ble godkjent av styringsgruppa i møte den 11.januar 2011.

Hovedmål for kommunens arbeid i forhold til kreftomsorg og lindrende omsorg er:

Innbyggere i Skjervøy kommune med en kreftdiagnose og/eller forventet levetid som følge av alvorlig sykdom, skal få god omsorg, nødvendig og tilstrekkelige tjenester til rett tid, hvor trygghet, respekt og kvalitet vektlegges.

Planen er en delplan i forhold til en overordnet helse- og omsorgsplan.

I St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen 2008-2009 ("Rett behandling- på rett sted – til rett tid") vektlegges helhet og koordinering av tjenestene og at pasientene i så stor grad som mulig skal få hjelp i sin egen hjemkommune.

Planens innhold:

Kap. 2 – omhandler kreftsykdom, diagnose, forekomst, behandlingsmetoder og diagnostikk

Kap. 3 – omhandler lindrende omsorg

Kap. 4 – omhandler pårørendes situasjon

Kap.5 – gir en grundig beskrivelse av dagens omsorgstilbud i Skjervøy

Kap. 6 – beskriver betydningen av forebyggende arbeid

Kap.7 - beskriver kommunens satsingsområder

Kap. 8 – er forslag til Handlingsplan

Vurdering

Planen inneholder en grundig beskrivelse av dagens omsorgstilbud i Skjervøy. Det er viktig å se dagens status mot fremtidige utfordringer både når det gjelder kompetanse, personellmessige ressurser og bygningsmessige utfordringer.

Pr. 31.12.08 er det 117 personer i Skjervøy som har eller har hatt en kreftdiagnose mot 67 personer i 1998. Av flere grunner vil stadig flere få kreftsykdom i tida fremover og det forventes en økning på 26% av krefttilfeller frem mot 2020 sett i forhold til 2001.

I Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009) –” *Rett behandling - på rett sted – til rett tid*” – er det et grunnleggende prinsipp at pasientene i stadig større grad skal få hjelp i hjemkommunene.

Når flere får kreft vil flere trenge behandling og flere vil også trenge lindrende omsorg.

Det vil være viktig med helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Flere faktorer er viktig å vektlegge i forhold til utvikling av kreftsykdom: tobakk, kosthold, fysisk aktivitet og rusmidler.

Skjervøy kommune står på flere områder godt rustet til å gi sin befolkning god behandling og lindrende omsorg i forhold til kreftsykdom: kommunen har god kompetanse(for eksempel egen

kreftsykepleier og 4 hjelpepleiere med videreutdanning i kreftomsorg), godt samarbeid i helse- og omsorgstjenestene, egen sykestue, folkehelsekoordinator med mer.

Men skal befolkninga få nødvendig hjelp i tida fremover, må tjenestene utvikles og bygges opp.

I handlingsplanen beskrives behov for en døgnbemannet hjemmetjeneste(den 4. nattevaktstillinga) slik at kreftsyke kan få hjelp på døgnbasis i eget hjem og også kan få mulighet til å dø i eget hjem hvis de ønsker dette. Det er også helt klart at hjemmetjenesten må bygges ut med flere ansatte i tida fremover også for å ivareta bl.a. pasienter med kreftsykdom.

Utbygging av helsesenteret med blant annet flere sykestuesenger vil være viktig for å kunne gi et tilbud til bl.a. kreftpasienter og også for å kunne imøtekomme det stadig økende statlige press mot at pasienter skal få tilbud i kommunene, jfr. Samhandlingsreformen.

Handlingsplanen har følgende tiltak:

| Tiltak | Tidsperspektiv | Ansvarlig |
|--|---|---|
| 1) Videreutdanning av kreftsykepleier | Innen 2015, jfr. Plan for kompetanse, opplæring og rekruttering i pleie- og omsorgstjenestene 2010-2015 | Helse- og sosialsjefen |
| 2) Etterutdanning med faglig oppdatering, fagdager, kurs og hospitering for ulike yrkesgrupper | Fortløpende, jfr. Plan for kompetanse, opplæring og rekruttering 2010-2015 | Virksomhetsledere i samarbeid med kreftsykepleier |
| 3) Døgnbemanning i hjemmetjenesten | Snarest | Helse- og sosialsjefen |
| 4) Utarbeide modell for organisering av krefteam | Høst 2011 | Virksomhetsledere i samarbeid med kreftsykepleier |
| 5) Utarbeide retningslinjer for lindrende omsorg i hjemmet ved livets slutt | Høst 2011 | Kreftsykepleier i samarbeid med krefteamet |
| 6) Utarbeide retningslinjer for lindrende omsorg til eldre og | Høst 2011 | Leder for institusjonen i samarbeid med |

| | | |
|---|------------|---|
| demente i sykehjem | | avdelingsledere |
| 7) Utarbeide retningslinjer for rom 153 og pårørende rommet | Vår 2011 | Arbeidsgruppa for kreftplan |
| 8) Vurdere behov for opprettelse av "Møteplass" med fokus på trivselstiltak for personer som har eller har hatt kreft | Innen 2012 | Kreftsykepleier i samarbeid med kreftteamet |
| 9) Etablering av behandlingsrom med relevant utstyr | Innen 2015 | Helse- og sosialsjef |

Skjervøy den 4.mars 2011

Lise Román

Helse- og sosialsjef