



MØTEINNKALLING

Utvalg : Omsorgskomiteen
Møtested: Møterom helse/oppvekst
Møtedato: 12.05.2016 Tid: 10:00

Representantene innkalles herved. Eventuelle forfall bes meldt snarest, og senest innen onsdag 11. mai til tlf 47 60 79 75.
Vararepresentantene skal bare møte etter særskilt innkalling.

SAKLISTE

Vedtak	Saksnummer	Journr.
	Innhold	
	16/4	16/494
	KREFTPLAN MÅSØY KOMMUNE 2016 - 2020	
	16/5	16/495
	BRUKERPLAN	
	16/6	16/493
	OVERTIDSBRUK I PLEIE OG OMSORG	

Måsøy kommune, 9690 Havøysund, den 06.05.16

Reidun Mortensen
Komite leder

KREFTPLAN MÅSØY KOMMUNE 2016 - 2020

Saksbehandler: Ann-Jorunn Stock
Arkivsaksnr.: 16/494

Arkiv: G00 &30

Saksnr.: Utvalg
4/16 Omsorgskomiteen

Møtedato
12.05.2016

Innstilling:

Kommunestyret vedtar **Kreftplan for Måsøy kommune 2016-2020.**

Dokumenter:

1. Kreftplan for Måsøy kommune 2016-2020

Innledning:

Kreftplan for Måsøy kommune er et dokument som har til hensikt å bevisstgjøre og informere om kreftsykdom, utvikling, forebyggende arbeid, utredning, behandling, rehabilitering og livets slutfase, samt om kompetansebehovet i kommunen.

Saksutredning:

Samhandlingsreformen som ble innført 1.januar 2012 medfører at flere helsetjenester skal tilbys nært pasientens hjem. Det betyr at flere alvorlig syke kreftpasienter skal behandles i Måsøy kommune, på sykeavdelingen eller i sitt eget hjem. Gode tjenester betinger at det stilles store krav til fagkompetanse, organisering og tverrfaglig samarbeid. Den fremlagte Kreftplanen skal fungere som et arbeidsredskap for å få et kompetent, tverrfaglig og koordinert tilbud til kreftpasienter og deres pårørende.

Hovedmålet med kreftomsorgen er å være i stand til å yte kvalitetssikret og helhetlig omsorg til kommunens kreftsyke og deres pårørende.

Kreftplan for Måsøy kommune 2016-2020 fremstår som en god og tydelig plan med klare mål og tiltak på flere områder. Det er etablert en ressursgruppe i kreftomsorg som til sammen innehar svært god kompetanse på området. Men det er fortsatt et opplæringsbehov innen kreft og lindrende behandling både i hjemmetjenesten og på sykeavdelingen. Planen gir en god beskrivelse av kompetansebehovet innen kreftomsorg vil dermed være et viktig dokument i forbindelse med videre planlegging av kompetanseutvikling.

Vedlegg: Kreftplan for Måsøy kommune 2016 - 2020

Havøysund, den 2.5.2016

Ann Jorunn Stock/sign.
Helse- og omsorgsleder

BRUKERPLAN

Saksbehandler: Ann-Jorunn Stock
Arkivsaksnr.: 16/495

Arkiv: G00

Saksnr.: Utvalg
5/16 Omsorgskomiteen

Møtedato
12.05.2016

Innstilling:

Kommunestyret godkjenner BrukerPlan som et godt verktøy for kartlegging av rusmiddelproblematikk i Måsøy kommune. Fastlegene og ansatte i NAV Måsøy må få nødvendig opplæring og involveres i dette arbeidet så snart som mulig.

Innledning:

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelproblematikk og/eller psykiske helseplager blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Det er gitt konsesjon til å kartlegge brukere fra 16 år. Verktøyet og prosedyren for kartlegging og analyse er godkjent av Datatilsynet (konsesjon) og Helse- og omsorgsdepartementet (Helsepersonell loven paragraf 29b).

Saksutredning:Hvorfor kartlegge med BrukerPlan?

BrukerPlan kan brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. Verktøyet dokumenterer og synliggjør omfang og karakter av rusmiddelproblematikk og eller psykiske helseplager blant brukere av kommunens tjenester. Kartleggingen dokumenterer det tilbudet som brukere får pr. dato, også forventet etterspørsel, og gir grunnlag til å prioritere mellom grupper og typer av tilbud. Når en kommune har kartlagt flere ganger, synliggjøres utviklingstrekk tydeligere; i omfanget og karakteren av problemet, utviklingen i tilbud for alle brukere, for utvalgte brukergrupper eller for enkeltbrukere. Kartleggingen er mye brukt som datagrunnlag i kommunale ruspolitiske handlingsplaner og som informasjonskilde for sentrale myndigheter.

Alle kommunale instanser som er i kontakt med personer med rusrelaterte problemer og eller psykiske helseplager, kan i utgangspunktet kartlegge; NAV, spesielle rusverntjenester i kommunen, tjenester innen kommunalt psykisk helsevern, boligtjenester, barneverntjenester, pleie- og omsorgstjenester og fastleger. Desto flere instanser som er med, desto bedre og dekkende blir kartleggingen. Det viktigste er imidlertid å komme i gang. Det er fagpersonalet som kartlegger og det er fagpersonalets kunnskap og vurderinger som legges til grunn for kartleggingen.

Kartleggingen foregår via godkjent internettløsning. Dataene mottas av Helse Stavanger som har fått konsesjonen til å samle inn og analysere data. Alle deltakende kommuner innen samme fylket gjennomfører kartleggingen i den samme tidsperioden. Kartleggingen gjennomføres en gang pr. år. Instansene og fagpersoner avtaler hvem som skal kartlegge "felles" brukere for å unngå dobbeltarbeid. Alle instanser kartlegger de brukerne de mener de er alene om. Et eget system luker ut dobbeltregistreringer.

Forankring / forberedelse i kommunen

- Kommuner som er interessert i BrukerPlan deltar på opplæringsdagen for mer informasjon og opplæring i verktøyet.
- Kommunen beslutter om man skal ta i bruk BrukerPlan og melder dette til KoRus-Nord ved elisabeth.nordmo@korusnord.no, eller liv.salen@korusnord.no
- Kommunen og KoRus-Nord inngår skriftlig avtale vedrørende kartleggingen.
- Kommunen avgjør hvilke avdelinger som primært skal delta i registreringen og utnevner en *koordinator*. Koordinator tar kontakt med KoRus-Nord ved liv.salen@korusnord.no og får tilsendt passord til online versjonen, og klargjør IKT-løsninger.
- Koordinator sørger for at kartleggingen blir gjennomført innen fastsatt frist. Troms 15.04.16, Finnmark 15.05.16 og Nordland 30.05.16.

BrukerPlan dokumenterer og synliggjør omfang og karakter av rusmiddelbruk blant brukere av kommunens tjenester sammenlignet med andre kommuner. Kartleggingen dokumenterer det tilbudet som rusmiddelbrukere får pr. dato. BrukerPlan dokumenterer også forventet etterspørsel og gir grunnlag for å prioritere mellom grupper og typer av tilbud. Når en kommune har kartlagt flere ganger synliggjøres utviklingstrekk i omfanget og karakteren av problemet. Utviklingen i tilbud for alle brukere, for utvalgte brukergrupper eller for enkeltbrukere blir tydelig. Kartleggingen er mye brukt som datagrunnlag i kommunale ruspolitiske handlingsplaner og som informasjonsskilde for sentrale myndigheter.

Etatssjefens/rådmannens vurdering (også personal- og økonomiske konsekvenser):

I Måsøy kommune har ansatte i psykisk helse og rustjenesten fått opplæring i BrukerPlan og gjennomført en kartlegging. Resultatene finnes på KorusNord sin hjemmeside og er en god informasjonsskilde for den videre planlegging av hjelpetiltak og utvikling av tjenesten. Selv om kommunens psykisk helse og rustjeneste fanger opp en stor del av målgruppen vil det være viktig at flere instanser i hjelpeapparatet får opplæring og foretar kartlegging via BrukerPlan. For å sikre en god og dekkende kartlegging vil det være naturlig å involvere fastlegene og NAV i det videre arbeid med BrukerPlan.

Havøysund, den 2.5.2016

Ann Jorunn Stock/sign.
Helse- og omsorgsleder

OVERTIDSBRUK I PLEIE OG OMSORG

Saksbehandler: Ann-Jorunn Stock
 Arkivsaksnr.: 16/493

Arkiv: 150

Saksnr.: Utvalg
 6/16 Omsorgskomiteen

Møtedato
 12.05.2016

Innstilling:

Omsorgskomiteen tar saken til orientering.

Innledning:

I omsorgskomiteens møte den 17.3.2016 ble det bestemt at store budsjettavvik skal legges frem som en egen sak for komiteen. Det er store avvik på overtidsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Saksutredning:

For 2016 er det budsjettert med kr. 250 000,- i overtid på helsesenteret og kr. 300 000,- i hjemmetjenesten. Pr. 3.mai er forbruket på overtid på helsesenteret på kr. 539 688,- dvs. et overforbruk på kr. 289 688,- som tilsvarer 216 %. Refusjon av sykepenger ligger på 90 % budsjettert inntekt.

Hjemmetjenesten har brukt kr. 246 793,- som tilsvarer et forbruk på 82 %.

Hva er årsaken til overtidsbruk?

Fra 20.11.2015 til og med 30.4.2016 er det registrert 6953,5 fraværstimer på helsesenteret. November/desember må medregnes i denne sammenheng fordi vikarkostnadene belaster årets budsjett (variabel lønn/overtid betales etterskuddsvis). Dette fraværet tilsvarer ca. 930 vakter og koster minimum kr. 1 579 000,- i «tapt» arbeidskraft. I realiteten er summen høyere fordi ulempetillegg ikke er medregnet.

Fraværet på 6953,5 timer fordeler seg slik:

- ✓ 37,5 % sykmelding
- ✓ 11 % egenmeldt fravær
- ✓ 10 % ferie
- ✓ 24 % svangerskapspermisjon
- ✓ 3 % utlån barnevern
- ✓ 14,5 % annet (syke barn, velferdspermisjon, kurs/møter, følge av barn til sykehus)

Krav og utfordringer

I tillegg til fastboende sykehjemspasienter har ansatte på helsesenteret også ansvar for andre pasientgrupper. Alle landets kommuner er lovpålagt å sørge for *døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp* og i Måsøy kommune har vi en KAD seng (kommunalt akutt døgnopphold, tidligere sykestueplass). Drift av KAD seng krever tilstedeværelse av sykepleier 24/7. I denne sammenheng betyr det at fravær av sykepleier må erstattes av annen sykepleier.

I tillegg finnes korttidsplasser for rehabilitering (som regel etter sykehusinnleggelse) og avlastning. Disse pasientene kan ha alvorlige sykdommer som krever mye personalressurser. Det stilles høye krav til kompetanse og ferdigheter hos de ansatte overfor denne pasientgruppen.

I enkelte perioder har det vært svært dårlige pasienter på korttidsplassene og noen av disse har krevd en-til-en pleie. Ingen skal dø alene og derfor settes det inn fast vakt for terminale pasienter for å sørge for en trygg og verdig avslutning. Noen ganger krever dette inntak av ekstrapersonale.

I hjemmetjenesten benyttes overtid kun dersom pleieoppgavene tilsier behov for sykepleier eller helsefagarbeider og/eller når sykefraværet er så høyt at vanlig drift ikke lar seg gjennomføre.

Det er liten tilgang på vikarer i kommunen, spesielt faglærte. Dersom en sykepleier er fraværende må vekten som regel dekkes av en annen sykepleier. Siden de aller fleste av våre sykepleiere har 100 % stilling medfører det som regel bruk av overtid. Det samme gjelder til en viss grad for helsefagarbeiderne.

Den enkelte avdelingssykepleier har budsjett, -personal og fag ansvar. Tilgangen på pasienter kan ikke styres, heller ikke hvilket omfang av pleie den enkelte krever. Lederen må i samråd med sine medarbeidere kontinuerlig foreta vurderinger som skal sikre forsvarlig pleie av pasientene og samtidig sørge for at den enkelte ansatte har akseptable arbeidsforhold innenfor de økonomiske rammer som er satt.

Tiltak for å redusere overtidbruk:

Ledergruppen vil ha et kontinuerlig fokus på budsjettavvik, evaluere iverksatte tiltak og vurdere andre mulige grep for å hindre overskridelser.

Grunnbemanningen (antall stillinger) må være på plass og det er et mål at alle fagstillinger skal være ansatt av personer med rett kompetanse. To nye sykepleiere er ansatt på helsesenteret i år, en begynte i februar og en i mars. Rekruttering til ledige sykepleierstillinger i hjemmetjenesten pågår.

Det jobbes kontinuerlig for å få ned sykefraværet og pr. dato ser vi en positiv utvikling.

Flere ufaglærte har fått opplæring og er tilgjengelig som tilkallingsvikarer.

Det er utarbeidet et skjema som gir god oversikt over disponible timer den enkelte ansatte i redusert stilling og tilkallingsvikarer har til rådighet før det utløser overtid. Tilkalling av vikarer må nødvendigvis gjøres av andre enn leder både på kveldstid og i helger og med dette skjemaet får alle nødvendig oversikt over timebruken.

Helsesenteret og hjemmetjenesten har inngått et samarbeid om nattevaktene. Det medfører mindre bruk av bakvakt og dermed mindre overtid.

Vedlegg:

Havøysund, den 6.mai 2016

Ann Jorunn Stock/sign.
Helse- og omsorgsleder

KREFTPLAN

FOR MÅSØY KOMMUNE

2016-2020



Dokid: 16002250 (16/494-2)
KREFTPLAN MÅSØY KOMMUNE 2016 -
2020

MÅSØY KOMMUNE		Sentralarkiv	
Arkivkode:	G00 230	Journalnr:	2005/16
År/saksnr.:	16/494-2	Gradering:	
Mottatt:		Saksbeh.:	AJS

Innhold

Innledning	3
Bakgrunn	3
Presentasjon av Måsøy Kommune	4
Kreftutvikling i Norge.....	5
Hva er kreft?.....	5
Kreftpasienten	6
Kompetansebehov innenfor kreftomsorgen	6
Kompetansehevende tiltak	7
Kreftomsorgens mål.....	8
Målsetting med kreftplan for Måsøy kommune.....	8
Kreftomsorg i Måsøy kommune	9
Fastlegen	9
Forebyggende arbeid	15
Utredning	16
Behandling og palliasjon	16
Rehabilitering	19
Referanser	21

Innledning

Kreftplan for Måsøy kommune er et dokument som har til hensikt å bevisstgjøre og informere fagpersoner, ledere, administrasjon og politikere om kreftsykdom, utvikling, forebyggende arbeid, utredning, behandling, rehabilitering og livets slutfase, samt om kompetansebehovet i kommunen.

En politisk vedtatt kreftplan skal forplikte Måsøy kommune i å planlegge, prioritere og gjennomføre lokale helsetiltak til det beste for befolkningen. Kommunens innbyggere skal gjøres kjent med planen. De kreftrammede skal sikres god og forutsigbar behandling og oppfølging i alle faser av sin sykdom. Pårørende skal sikres oppfølging fra hjelpeapparatet, og det skal rettes særlig oppmerksomhet mot barn og unge som pårørende.

Planen er utarbeidet av Solrun Eriksen, Anne Giæver og Anne Amundsen i samarbeid med Ressursgruppen for kreftrammede.

Ressursgruppen består pr. 3.5.2016 av sykepleiere og helsefagarbeidere fra sykeavdelingen og hjemmetjenesten: Anne Amundsen, Johanna Kautovuori, Anne Giæver, Hege Amundsen, Camilla Seljenes og Hanni Nielsen.

Kreftplan for Måsøy kommune gjelder fra 2016-2020 og skal evalueres innen 31.12.2017.

Bakgrunn

Å rammes av kreftsykdom innebærer ofte sammensatte problemstillinger som krever god organisering og kompetanse. Kreft er en komplisert og alvorlig sykdom, der sykdomsforløpet ofte er langt og vanskelig. En kreftsykdom rammer ikke bare den som har fått kreft, men også de som står personen nær. Ofte dukker det opp komplekse og sammensatte utfordringer knyttet til fysiske og psykiske problemer og økonomiske og praktiske utfordringer. Pasienter med denne diagnosen stilles ovenfor mange nye utfordringer og behov. Helt fra

diagnosetidspunktet via krevende og avansert behandling innen kirurgi, kjemoterapi, stråleterapi eller hormonbehandling til bivirkning av behandling. Samt også senskader etter behandling, tilbakefall av sykdom og for noen døden. Pasienten og pårørende får endret hele sin livssituasjon, der ofte utrygghet og uforutsigbarhet preger hverdagen. De trenger god og helhetlig ivaretagelse der de trygges med tett oppfølging både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunen.

Samhandlingsreformen (Regjeringen 2008-2009) som ble innført 1. januar 2012 medfører at flere helsetjenester skal løses i kommunene der pasientene bor. Stadig flere alvorlige syke kreftpasienter behandles dermed i egen kommune. I Måsøy kommune foregår dette i pasientens eget hjem, på sykestua eller på legekontoet. Den teknologiske utviklingen medfører også at flere sykdomstilstander kan ivaretas lokalt, i tillegg til at en ser mange med kreft nå behandles poliklinisk uten innleggelse på sykehus. Dette medfører behov for ekstra oppmerksomhet og kompetanse for å følge opp disse pasientene i hjemkommunen. Hovedformålet med kreftomsorgen i Måsøy kommune er å gi kvalitetssikret og helhetlig omsorg til kommunens kreftsyke og deres pårørende.

Presentasjon av Måsøy Kommune

Måsøy kommune ligger lengst nord – vest i Finnmark fylke på 71 grader nord. Kommunen har sitt fastland på Porsangerhalvøya, og består i tillegg til dette av 5 større øyer; Havøya, Måsøya, Ingøya, Hjelmsøya og Rolvsøya. Totalt areal (land og sjø) er på 2.100 kvadratkilometer. Kommunen er tilknyttet riksvei- nettet via FV 889, og har daglige anløp av hurtigrute og hurtigbåt. Kommunen har omkring 1250 innbyggere (Måsøy kommune 2015)

Måsøy kommune er en liten kommune med store avstander. Som et ledd i tjenestetilbudet til befolkningen som bor langt fra kommunesenteret så er det tilbud om bolig i Havøysund. Dette da det er vanskelig med kommunikasjon til øyene og til de små befolkede tettstedene på fastlandet. Ellers forsøkes hvert enkelt tilfelle å løses individuelt til det beste for brukeren av helse- og omsorgstjenesten.

Kreftutvikling i Norge

I følge kreftregistret fikk over 30 099 nordmenn kreft i Norge i 2012. Av disse var det 13 608 kvinner og 16 491 menn. Blant barn og unge under 15 år diagnostiseres det årlig rundt 140 - 150 tilfeller av kreftsykdom. Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Hvert år dør i overkant av 10 000 mennesker av kreft. Kreftregistret viser samtidig at stadig flere overlever kreft. I 2012 levde 224 315 personer med kreft i Norge, noe som er en økning på 71 271 siden 2002. Det betyr at stadig flere blir friske og de som har kreft lever lengre og har høyere livskvalitet enn tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering og flere bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene. Det at flere blir friske av kreft og at de som har kreft lever lengre med sin sykdom betyr at flere får seinvirkninger av kreftbehandlingen, og at antallet som blir helt eller delvis uføre etter kreftsykdom øker (Folkehelseinstituttet, 2014).

Hva er kreft?

Kreft er et samlenavn på ca. 200 ulike kreftsykdommer. Disse sykdommene har mange felles trekk, men det er også mye som skiller de fra hverandre. Dette innebærer at sykdomsforløpet til de som rammes av kreft varierer mye alt etter hvilken type kreft det dreier seg om. Kreft kan oppstå i alle deler av kroppen, uavhengig av alder og livsstil. Kroppens organer er bygget opp av forskjellige typer celler, som har ulike egenskaper. Det produseres hele tiden nye kreftceller til erstatning for de som dør. For at nye celler skal produseres, dobler en celle sitt arvestoff, DNA, og deler seg til to celler, så fire celler osv. Ved kreft har det oppstått skader i cellenes arvestoff som medfører en ukontrollert celledeling. 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 spres via blod og lymfe til andre organer (Kreftforeningen, 2015). Årsaken til kreft er sammensatte og vanskelige å påvise med sikkerhet. Forskning viser imidlertid at miljø, arv og livsstil er faktorer som øker risikoen for

visse kreftformer. Omtrent hvert tredje tilfelle av kreft mener man skyldes livsstil, særlig tobakksbruk og kostholdsvaner (Kreftregisteret, 2014).

Kreftpasienten

Kreft rammer alle aldersgrupper, men risikoen øker med alder. Av antall nye tilfeller er omtrent 85 prosent av kvinnene og nesten 90 prosent av mennene i aldersgruppen over 50 år. Omtrent halvparten av alle nye tilfeller oppstår etter fylte 70 år.

Med utgangspunkt i gjennomsnittspasienten er de fleste kreftpasienter godt voksne. Men det kan også være barn, ungdom eller foreldre med ansvar for barn som rammes av sykdommen. I tillegg til at pasienten selv rammes av en slik diagnose, blir også de pårørende berørt. Mange vil fra tidligere ha kjennskap til sykdommen fra egen familie, blant venner, bekjente, naboer eller media. Kunnskap om kreft er således utbredt blant folk. Kreft oppfattes ofte av de fleste synonymt med lidelse, smerte og død. Selv om pasientens opplevelse av egen situasjon er udiskuterbar, er heldigvis situasjonen ofte mer nyansert enn dette. De komplekse utfordringene knyttet til en kreftdiagnose sier noe om viktigheten av at de som møter pasienten har høy faglig kompetanse. Dette slik at å imøtekomme pasientens spesielle utfordringer kan skje på best mulig måte. En slik kompetanse består av tre grunnelementer: verdier, viten og handling (Reitan og Schjølberg, 2010).

Kompetansebehov innenfor kreftomsorgen

Innen kreftomsorg kreves det spesiell kompetanse for å kunne ivareta forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon (Reitan og Schjølberg, 2010).

Det bør være et mål at pasienter skal behandles nærmest mulig sitt hjem.

Helsepersonell har et stort ansvar for å ivareta omsorgen og verdigheten til enhver tid – dette krever spesialkompetanse.

Kompetansehevende tiltak

Det er fortsatt et opplæringsbehov innen kreft og lindrende behandling både i hjemmetjenesten og på sykestua. Forslag til økt kompetansen innen kreftomsorg i Måsøy kommune:

- Jevnlige møter i ressursgruppa i kreftomsorg som har representanter fra sykestua og hjemmetjenesten.
- Tverrfaglig samarbeid.
- Legge til rette for relevante kurs og videreutdanning for de ansatte.
- Gjennomføre og delta på internundervisning.
- Delta på ukentlig telemedisin/videokonferanse i regi av kreftavdelingen, UNN.
- Tilrettelegge for hospitering på tvers i egen kommune samt andre kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Utvikle gode rutiner og prosedyrer.
- Delta på fagdag 1-2 ganger i året i regi av fagnettverk for ressurspsykepleiere i kreft og lindrende behandling for kommuner og sykehus i Finnmark.
- Nyttiggjøre seg kreftforeningens kompetanse.

Kreftomsorgens mål

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

- Bidra til best mulig livskvalitet i alle faser av sykdomsforløpet.
- Tilrettelegge for hjelp i hjemmet etter ønske og behov 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.
- Koordinere og samordne tjenesten mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Målsetting med kreftplan for Måsøy kommune.

- Planen skal sikre at kreftpasienten og deres pårørende ivaretas på en helhetlig måte, slik at deres behov for behandling, pleie og omsorg i alle faser av sykdommen utøves med tjeneste av god kvalitet.
- Planen skal virke som et arbeidsredskap for å få en kompetent, tverrfaglig og koordinert tilbud til kreftpasienter og deres 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.

Kreftomsorg i Måsøy kommune

Fastlegen:

Ved kreft er det en fordel for pasient, pårørende og behandlingsapparat at det i hovedsak er en lege å forholde seg til. Fastlegens mål er å bidra til at kreftpasienten og pårørende skal ha det så bra som mulig. Pasienten kan ha sammensatte medisinske utfordringer hvor fastlegens kompetanse og oppfølging er avgjørende for om pasienten har mulighet å være hjemme eller på sykestua fremfor å være innlagt på sykehus.

Fastlegen har ulike funksjoner.

Forebyggende arbeid:

- Avdekke risikofaktorer og komme med livsstilsråd for å minimere disse, slik som for eksempel tobakksbruk.
- Følge opp nasjonale screeningsprogrammer, som hos fastlege er celleprøve.

Utredning ved mistanke om kreft:

- Undersøkelser og blodprøver.
- Henvise til videre undersøkelser og utredning hos spesialisthelsetjenesten.
- Gi pasienten tilbakemelding og informasjon om diagnose dersom dette ikke er blitt gjort på sykehuset.

Behandling:

- Henvise til spesialisthelsetjenesten for vurdering av behandling.
- Har ansvar for den symptomlindrende behandlingen, ofte i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Oppfølging av behandling:

- For en helhetlig oppfølging av pasienten samarbeider fastlegen med aktuelle enheter innad i primærhelsetjenesten.
- Fastlegen ordner praktiske forhold som sykemelding, henvisning, legeerklæring og resepter.
- Pasienten kommer til kontroller hos fastlegen mellom de faste kontrollene som er på sykehuset.
- Mange opplever det vanskelig å komme tilbake til arbeid og sosialt liv etter kreftbehandling. Samtale og oppfølging hos fastlegen kan her være en viktig støtte i denne prosessen.
- Ved dødsfall følger fastlegen opp de pårørende dersom det er ønskelig.

Hjemmetjenesten:

Hjemmesykepleie er en døgntkontinuerlig tjeneste som gir hjelp og veiledning til hjemmeboende som på grunn av sykdom, skade, funksjonssvikt eller av aldersmessige årsaker har behov for helsehjelp.

Tjenesten er gratis og kan omfatte ulike pleiebehov, legemiddelhåndtering og andre sykepleieprosedyrer. Hjemmetjenesten er også behjelpelig med å søke på og skaffe ulike hjelpemidler.

Hjemmesykepleien er ofte involvert hos pasienter med kreft eller andre alvorlige lidelser. Målet for tjenesten er å skape trygghet hos pasienten som gjør det mulig å bo i eget hjem tross omfattende behandlings og pleiebehov.

Hjemmesykepleien samarbeider tett med lege og spesialisthelsetjeneste, sykestua og andre faggrupper i kommunen som det er naturlig og samhandle med i ulike situasjoner.

I Hjemmesykepleien jobber det sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. En sykepleier er tilknyttet ressursnettverk for kreftpasienter i Finnmark.

Sykestua:

Sykestua har tilbud om akutt plass, langtids plasser, rehabiliterings plasser og avlastning. Dette er omsorgstilbud for å få dekket grunnleggende behov for pleie, omsorg og medisinsk behandling. På sykestua arbeider det sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, aktivtør og assistenter. En sykepleier er tilknyttet ressursnettverk for kreftpasienter i Finnmark. Det er faste legevisitter to ganger i uken, og avdelingen har egen tilsynslege. Fysioterapeut har faste dager på sykestua og brukes ellers ved behov.

Et mål for sykestua er å få satt av et rom til lindrende sykepleie. Det vil si et eget rom for palliativ pleie som er innredet i en "hjemmekoselig" stil med rolige farger, gode møbler, lamper, bilder med mer. Det skal også være mulighet for at pårørende kan overnatte sammen med pasienten. Når rommet ikke er i bruk til palliativ pleie kan det benyttes til korttids plass/avlastning. Det er også et behov for å sette av senger til cytostatikabehandling og blodtransfusjon, her kan det nye fire sengers sykerommet være aktuelt.

Ressursgruppe for kreftrammede:

Ressursgruppen for kreftrammede ble startet i januar 2015.

Den består av sykepleiere og helsefagarbeidere fra både hjemmetjenesten og sykestua. Formålet med å danne denne gruppen var å bidra til at kreftrammede, både pasient og pårørende skal få et bedre tilbud lokalt. I tillegg har vi hatt fokus på å utarbeide felles rutiner og standarder for hjemmetjenesten og sykestua slik at kartlegging og gjennomføring av tiltak blir tilnærmet likt.

Ressursgruppa kan tilby:

- Møte pasient for samtale og støtte i en vanskelig tid, enten i pasientens eget hjem , på telefon eller i hjemmetjenestens eller sykestuas lokaler.
- Støtte /oppfølging av pårørende.
- Gi informasjon og veiledning om sykdom og behandling.
- Gi informasjon, råd og veiledning i forhold til bivirkning som kan oppstå i forbindelse med kirurgi,
- cellegift, stråle- og hormonbehandling slik som smerter, kvalme, nedsatt matlyst, psykiske reaksjoner m.m.
- Bidra med tilrettelegging i hjemmesituasjonen.
- Formidle kontakt med andre faggrupper som fastlege, fysioterapeut, helsesøster osv.
- Være bindeleddet mot spesialisthelsetjenesten.
- Undervise og veilede kollegaer og andre helsearbeidere som arbeider med denne pasientgruppen.
- Gruppens kompetanse kan også ha overføringsverdi i forhold til pasienter med andre alvorlige diagnoser.

Fysioterapitjenesten:

Fysioterapeuten kan sette i verk tiltak i alle faser av en kreftsykdom, ved diagnose, under og etter kreftbehandling, samt ved langtkommen kreftsykdom.

Behandlingen som kreftpasienter gjennomgår, kan være langvarig og tøff, både psykisk og fysisk. Mange opplever svekket muskelkraft, nedsatt kondisjon, tretthet, smerter, anspenhet, pusteproblematikk eller lymfeødem. Fysioterapi kan forebygge, rehabilitere eller lindre slike plager.

Fysioterapi ved lymfeødem:

Etter kreftbehandling hvor lymfeknuter og lymfeårer er fjernet/skadet, kan det oppstå hevelse i en kroppsdel, eksempelvis i arm, ben eller ansikt. Fysioterapeuter utfører lymfeødem behandling og kan hjelpe til med opplæring i hva en kan gjøre selv.

Fysioterapeuten kan hjelpe til med:

- Informasjon og veiledning om fysiske konsekvenser av kreftsykdom og behandling.
- Valg av riktig intensitet, form og dosering på trening.
- Smertelindring.
- Avspenning ved anspent muskulatur eller ved pusteproblematikk.
- Tilbud om gruppetrening i sal eller basseng.
- Forebygging og behandling av lymfeødem.
- Informasjon om valg av riktige og gode hjelpemidler.

Målene med fysioterapi er blant annet å:

- Redusere tretthet/ fatigue og generelt ubehag.
- Bedre livskvalitet.
- Opprettholde best mulig funksjon/gjenvinne tapt funksjon.
- Stimulere til egeninnsats og mestring i hverdagen.
- Lindre ved langtkommen kreft.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god helse for barn og ungdom 0-20 år. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud. Helsesøster har faste kontordager på skolen og er derfor lett tilgjengelig i skole- elevenes hverdag.

Helsestasjonens rolle, i samarbeid med annet helsepersonell, i forhold til barn/unge som pårørende til nær familie som er rammet av kreft:

I tilfeller hvor barn blir berørt av alvorlig sykdom i familien bør lege drøfte med pasienten om hvordan barnas sorg og bekymring skal ivaretas. Legen kan tilby kontakt med helsestasjonen som kan sørge for videre oppfølging. Foreldrene må da gi sin tillatelse til dette.

Helsesøster tar kontakt med familien og i samarbeid med foreldrene planlegge veien videre. Det er også viktig å drøfte med foreldre/foresatte om skole/barnehage skal informeres og kobles inn. Helsesøster skal kartlegge hvorvidt det foreligger behov for informasjon, involvering og bearbeidelse i barne, elev, og personalgruppen i barnehage/skole. Opplegget videre blir individuelt tilrettelagt etter hver enkelt families behov.

God helhetlig omsorg for den alvorlig syke inkluderer også omsorg for familien og andre nære pårørende. Når det gjelder barn som pårørende er det viktig at omgivelsene kjenner til at en i familien er alvorlig syk. Mange barn kan ha reaksjoner som vil være synlig i f. eks barnehage eller skolesituasjon.

Dette kan arte seg som konsentrasjonsvansker, irritabilitet, angstelse, uro og sårbarhet. En familierettet omsorg må innebære tilbud om informasjon til barnas nærmiljø dersom familien ønsker det. Helsesøster og eventuelt lege eller sykepleier kan være sentrale personer i denne kontakten.

Forebyggende arbeid

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at et av tre krefttilfeller kan forebygges. Det er derfor viktig å informere om faktorer som kan øke risiko for kreft, slik at det motiverer befolkningen til å endre livsstil. Med utgangspunkt i de tiltak som WHO definerer som virkningsfulle og kostnadseffektive, er det utarbeidet forslag til tiltak rettet mot de fire risikofaktorene som er bruk av tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. I tillegg må forebyggende tiltak rettes mot miljøfaktorer.

I Norge er det etablert to nasjonale screeningprogrammer mot kreft – mammografiprogrammet og masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Målet med de nasjonale screeningprogrammene mot kreft er å oppdage forstadier til kreft eller kreft i et tidlig stadium.

Det er påvist en sterk sammenheng mellom HPV- virus og livmorhalskreft. Vaksinen mot humant papillomvirus (HPV) ble innført som en del av barnevaksinasjonsprogrammet for jenter på 7.klassetrinn fra og med skoleåret 2009/2010. HPV- vaksinen beskytter mot de typene av HPV som er årsak til minst 70 % av tilfellene av livmorhalskreft (Regjeringen 2013-2017).

Mål:

Økt kunnskap og holdningsendring blant befolkningen knyttet til hva den enkelte selv kan gjøre for å forebygge kreftutvikling.

Tiltak:

Kommunen har et ansvar for å tilrettelegge og iverksette tiltak mot de miljø og samfunnsforhold som gjør at sykdom oppstår. Det innebærer å skape gode oppvekst- og levevilkår som tilrettelegger for sunne levevaner, fremmer felleskap, trygghet og deltakelse.

Relevante brosjyremateriell skal være tilgjengelig på legekantor og helsestasjon. Kvaliteten på både skriftlig og muntlig informasjonen må være slik at den engasjerer målgruppen til aktiv handling. Fastlegen har et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner blant sine

pasienter, blant annet personer som er i faresonen for å utvikle livsstils- relatert kreft, og dersom det er behov, sørge for individuelt rettet veiledning og oppfølging.

Helsesøster skal drive forebyggende arbeid blant barn og unge.

Utredning

Fastlege henviser den enkelte videre til utredning hos spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av mistanke ut i fra symptomer og/eller funn. Det er viktig at diagnosen stilles så tidlig som mulig, slik at relevant behandling kan iverksettes. Det er nå kommet egne pakkeforløp for kreft som gjør at det ved mistanke skal ta minst mulig tid fra man sender henvisning til sykehus til utredning.

Mål:

Hvert tilfelle skal påvises så tidlig som mulig. Ventetid må unngås.

Tiltak:

Oppfølging av risikopasienter. Øke kunnskapen blant befolkningen slik at lege oppsøkes så raskt som mulig ved tegn på sykdom. Fastlegen henviser pasienten raskt videre til spesialisthelsetjenesten for videre utredning.

Behandling og palliasjon

De siste tiårene har det skjedd betydelig fremskritt innen utredning og behandling av de ulike kreftsykdommene. Behandlingen er blitt mer målrettet og dermed mer skånsom mot andre organer i kroppen. Behandlingsformene er først og fremst operasjon, strålebehandling, cellegift og hormonbehandling. De forskjellige behandlingsformene kan brukes alene eller i kombinasjon med hverandre. Hovedmålet med behandlingen kan være at pasienten skal bli helt frisk (helbredelse, kurativ behandling) eller så kan hensikten være å forlenge livet og det kan være ren symptomlindring, som for eksempel smertelindring og lindring av andre plagsomme symptomer og psykisk støtte (lindrende, palliativ behandling).

Samhandlingsreformen medfører at mye av behandlingen blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette kan innebære at en del pasienter vil kunne motta behandling i hjemkommunen, noe som ved en krevende kreftbehandling vil gi dem en lettere hverdag. Nærmeste sykehus er Finnmarkssykehuset Hammerfest hvor blant annet mange av kreftpasientene i Måsøy kommune reiser til for cellegiftbehandling opptil flere ganger i måneden. Dette kan være en lang og krevende reisevei for mange av pasientene, spesielt vinterstid. Hjemreisen preges ofte av mange bivirkninger av behandlingen slik som kvalme og utmattelse. Å kunne gi cytostatika (cellegift) lokalt vil kunne ha stor betydning. Det kreves imidlertid at kommunen innehar spesial kompetanse og utstyr (LAF benk, infusjonspumper, egnet lokale) for å kunne imøtekomme denne oppgaven.

Pasienter som får palliativ (lindrende) behandling har begrenset levetid og ofte store og sammensatte behov. Dette innebærer behov for kartlegging av symptomer og plager som nedsetter eller ødelegger pasientens livskvalitet, samtidig som verken livsforlengelse eller helbredelse er siktemål. En slik arbeidsform og tankegang er også overførbart til andre kroniske, uhelbredelige eller dødelige sykdommer. Lindrende behandling representerer en stor utfordring. Mens kurativ medisin ofte er standardisert, vil ofte lindrende behandling kreve stor grad av individualisering. De enkelte symptomene går ofte i hverandre og iverksatt tiltak vil kunne endre symptombildet og bidra med nye plager (bivirkninger) og det hele kan forsterkes av psykiske, sosiale, familiære, økonomiske og eksistensielle faktorer hos pasienten og de pårørende. For full forståelse av de prosesser som en alvorlig syk pasient gjennomlever, kreves ofte et tverrfaglig samarbeid (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012).

Mål:

Være i stand til å imøtekomme kreftpasientens individuelle ønsker og behov i alle faser av sin sykdom. Når pasienten ønsker det, skal en tilrettelegge så langt det lar seg gjøre at pasienten kan få nødvendig behandling, pleie og omsorg hjemme eller på sykestua.

Kunne tilby intravenøs cytostatikabehandling og blodtransfusjon lokalt.

Pasienter med kort forventet levetid, skal få mest mulig tid hjemme og dersom det er ønskelig ha mulighet til å dø i sitt eget hjem.

Tiltak:

- Opplæring og kursing i administrering av cytostatika og blodtransfusjon blant flere av sykepleierene. Sørge for innkjøp av nødvendig utstyr, slik som LAF benk, infusjonspumper etc. Gode rutiner og prosedyrer må utarbeides og kvalitetssikres. En slik spesialoppgave vil kreve et nært samarbeid mellom sykepleier, fastlege, spesialisthelsetjenesten og apotek.
- Kunnskap, vilje og evne til å ta tilgjengelige redskaper knyttet til symptomlindrende medikamenter i bruk, slik som for eksempel smertepumpe.
- Innsikt i og korrekt fortolkning av pasientens totale symptombylle.
- Evne til oppfølging og justering av behandlingen etter hvert som symptomene endrer seg og sykdommen progredierer (forverrer seg).
- Sørge for at pasienter ikke legges inn på sykehus hvis de kan få like god eller bedre behandling i hjemkommunen.
- Det må sikres at det er tilgjengelig leger og sykepleiere med kompetanse i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.
- Alt helsepersonell som behandler alvorlig syke, eldre og døende må sikres et opplæringsprogram innen lindrende behandling/symptomlindring som sikrer kvaliteten på tjenestene i form av kursing, hospitering og internundervisning.
- Opprette "lindrende rom" på sykestua.
- Praktisere "åpen retur" slik at pasienter som har behov for å være innlagt på sykestua i perioder kan være hjemme. Krever et god og tett samarbeid mellom sykestua og hjemmetjenesten.
- Så langt det lar seg gjøre, sørge for at pasienten har en primærsykepleier å forholde seg til.
- Opprette individuell plan (IP) for pasienter som er aktuelle for det.
- Opprette lindrende skrin til bruk i hjemmetjenesten.
- Hjelp og bistå pasient og pårørende i forhold til behandlingshjelpemidler.
- Informere pårørende om muligheten for å søke NAV om inntil 60 dager med pleierpenger i livets slutfase.

Rehabilitering

Som følge av behandling får en del kreftpasienter ulike plager. Rehabilitering og opptrening gir kreftpasienter mulighet og raskere komme tilbake til hverdagen. Behovet for rehabilitering er individuelt og kan forandre seg ut i fra hvor i sykdomsforløpet pasienten er.

Fatigue er en tilstand som kan beskrives blant annet som trøtthet, utmattethet, kraftløshet, energiløshet, døsighet, nedstemthet, konsentrasjonsvansker, utilpasshet og mangel på motivasjon. Fatigue er en subjektiv følelse, som også kan arte seg som kroppslig ubehag og redusert funksjonskapasitet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn. Fatigue kan sammen med angst, depresjon og ulike fysiske plager forekomme etter behandling, i tillegg til at kreftsykdommen i seg selv kan gi slike plager. Fysisk aktivitet og et godt sammensatt kosthold vil kunne virke positivt både fysisk og psykisk. Å møte andre i samme situasjon kan for mange medføre trygghet og samhold. Informasjon og praktiske råd om tiden etter kreftbehandling er viktig, slik at den enkelte har gode forutsetning for å mestre tiden under og etter behandling på en best mulig måte. Montebellosenteret ved Lillehammer er en nasjonal helseinstitusjon for kreftpasienter og pårørende med ulike kurs. Formålet er livsmestring. Vardesenteret på UNN i Tromsø har som formål å være en arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsepersonell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Ellers foregår den viktigste rehabiliteringen i pasientens egen hverdag, og kan for eksempel være å klare påkledning, matlaging og andre daglige gjøremål (Kreftforeningen, 2015) .

Mål:

Målet med rehabilitering er at pasienten skal bli bedre rustet til å håndtere de endringer som sykdom, behandling og langtidsfølger medfører, uavhengig av forventet levetid. Målet er også å kunne fungere best mulig mentalt, fysisk, psykisk og sosialt.

Tiltak:

Tilby støtte, veiledning og oppfølging under og etter kreftbehandling både fra fastlege, kreftsykepleier, fysioterapeut og andre aktuelle faggrupper. Informere om ulike tilbud i regi av for eksempel Montebellosenteret, Vardesenteret, Kreftforeningen og andre lærings- og mestringskurs.

Referanser

Folkehelseinstituttet(2014), Kreft i Norge - Folkehelserapporten 2014. Tilgjengelig fra:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110413::0:7243:3::0:0 (lest 011015)

Kreftforeningen (2015), Hva er kreft.(internett) Tilgjengelig fra:
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (lest 011015)

Kreftforeningen(2015),Seneffekter.(internett) Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/seneffekt/> (lest 011015)

Kreftregisteret(2014), Fakta om kreft(internett) Tilgjengelig fra:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/> (lest 011015)

Måsøy kommune(2015), Faktaopplysninger(internett) Måsøy kommunes hjemmeside.
Tilgjengelig fra: <http://www.masoy.kommune.no/faktaopplysninger.16504.no.html> (lest 011015)

Regjeringen(2008-2009). St. meld. Nr 47 Samhandlingsreformen(internett) Regjeringen.no
Tilgjengelig fra:https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=samhandlingsreformen&ch=1#match_0 (lest 011015)

Regjeringen(2013-2017).Nasjonal kreftstrategi 2013-2017, Sammen- mot kreft(internett).Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen---mot-kreft/id728818/> (lest 011015)

Reitan ,A.M. og Schjølberg, T.K.(red.)(2010). *Kreftsykepleie, pasient- utfordring - handling*. Oslo: Akribe forlag.

Universitetssykehuset(2012). Håndbok i lindrende behandling(internett) Tilgjengelig fra:<http://www.unn.no/category11934.html> (lest 011015)

