

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING.....	3
2.0	STANGE KOMMUNE.....	4
2.1	Kommunepresentasjon.....	4
2.2	Utviklingstrekk.....	5
2.3	Kreftforekomst.....	6
2.4	Spesialisthelsetjenesten.....	7
3.0	KREFTOMSORGEN.....	8
	Målgruppe.....	8
4.0	FOREBYGGENDE ARBEID.....	9
4.1	Kjente risikofaktorer.....	9
4.2	Forebyggende faktorer.....	9
4.3	Tiltak.....	10
5.0	UTREDNING.....	11
5.1	Viktig å legge til rette for.....	11
5.2	Tiltak.....	11
6.0	BEHANDLING.....	12
6.1	Tiltak	13
7.0	REHABILITERING.....	14
7.1	Tiltak.....	14
8.0	LIVETS SLUTTFASE.....	15

8.1 Tiltak.....	15
9.0 SAMARBEIDSARENAER.....	17
9.1 Spesialisthelsetjenesten.....	17
9.2 Andre samarbeidspartnere.....	18
9.3 Tiltak.....	18
10.0 PERSONALBEHOV	19
11.0 KOMPETANSEBEHOV.....	20
11.1 Tiltak.....	20
12.0 FRAMDRIFTSPLAN 2007-2014.....	21
13.0 REFERANSELISTE	22

1.0 INNLEDNING

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

En politisk vedtatt plan skal forplikte Stange kommune til å planlegge, prioritere og gjennomføre lokale helsetiltak til det beste for befolkningen.

Kommunens innbyggere skal gjøres kjent med planen.

Det forebyggende arbeid skal stå sentralt.

De kreftrammede skal sikres en ensartet, forutsigbar og kvalitativt 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.

Kreftplanen skal:

- Gi informasjon om status og forventet utvikling av kreft i Stange 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 pasienter 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

2.0 STANGE KOMMUNE

2.1 Kommunepresentasjon

Stange kommune hadde pr 1/1 – 2006 18 591 innbyggere.

De største tettstedene er Ottestad og Stange med ca. 6500 og 3500 innbyggere. Stange er kommunens administrasjonssentrum. Kommunen er stor i geografisk utstrekning, og med en del spredt bebyggelse. Tangen er et senter i vekst, med ca.1400 innbyggere. Espa, Vallset, Åsbygda, Romedal og Ilseng har totalt ca. 6740 innbyggere. Kommunen har godt utbygd skoletilbud, servicetilbud og fritidstilbud. Nærmeste by er Hamar.

Kommunen har to sykehjem, beliggende i Stange og Ottestad med ca. 147 plasser. Omsorgsboliger er utbygd på de forskjellige tettstedene i kommunen, og med Bo- og servicesenter i Vallset og Ottestad. Til sammen utgjør dette 115 leiligheter.

Sykehuset Innlandet har to spesialenheter beliggende i Ottestad i forhold til fysikalsk medisin og rehabilitering og psykisk helsevern. Det planlegges for nytt lokalsykehus på Sanderud i Ottestad.

Tilgjengeligheten til leger og spesialisthelsetjenesten er god. Nærmeste sykehus er Sykehuset Innlandet HF, divisjon Hamar og Elverum.

Ullevål universitetssykehus (UUS), kompetansesenter i palliasjon, har ansvar for å spre kompetanse i regionen gjennom klinisk arbeid og undervisning.

Utfordringer fremover:

- Mange røykere, spesielt blant kvinner rundt 40 år
- Langt sterkere befolkningsvekst enn forventet – ca 90 pers. pr år mot forventet 30 – 50 pers. pr år
- Sterk økning av antall pensjonister etter 2010
- Sterk økning av eldre over 80 år
- Antall eldre over 90 år vil øke kontinuerlig fram til 2020

- Spredt bosetting, økt krav til hjemmesykepleie/hjemmehjelp og transport
- Økning i rusrelaterte problemstillinger
- Økning av psykiske problemer i alle aldersgrupper. Økt antall henvendelser og ventelister på psykiatrisk hjelp
- Kort liggetid i sykehus, økt krav til kompetanse og behandling/ pleie- og omsorg i kommunen

2.2 Utviklingstrekk

Antall krefttilfeller i en kommune er avhengig av befolkningens størrelse, disponering for risikofaktorer (arv), alderssammensetning, eksponering for risikofaktorer og mulighet for utredning (diagnostikk).

Det er særlig de eldre som blir rammet og antallet vil derfor øke etter hvert som det blir flere eldre i kommunen.

I Stange har det vært en sterk økning av antall eldre og det vil stige fram til 2020.

Den planlagte utbyggingen av Ottestad tettsted de nærmeste årene vil gi store utfordringer for dimensjoneringen av helsetjenestene.

Samtidig øker kreftsykdommer i stadig større omfang på grunn av livsstil, for eksempel tobakksrelatert kreft, tykktarmskreft og hudkreft.

På landsbasis er forekomsten av lungekreft hos kvinner og hudkreft hos begge kjønn mer enn seksdoblet fra 1953 fram til 2004 (Kreftregisteret, april 2006).

Forskning viser at overvekt og mangel på fysisk aktivitet er årsak til minst ett av tjue krefttilfeller, dette gjelder særlig kreft i tykktarm, bryst, livmor og lunger.

2.3 Kreftforekomst

Antall nye tilfeller (alle kreftformer), observert og forventet, (beregnet ut fra kreftrisikoen i hele landet, alderssammensetning tatt i betraktning) fordelt etter periode og kjønn i Stange. (Kreftregisteret)

Menn			Kvinner		
1971-1980	1981-1990	1991-2000	1971-1980	1981-1990	1991-2000
Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.
Forv.	Forv.	Forv.	Forv.	Forv.	Forv.
281	349	456	238	322	413
333,9	432,9	508,4	265,5	334,6	413,6

Sett gjennom hele perioden er kreftrisikoen for menn i Stange mindre enn i landet som helhet. Hos kvinner har det derimot vært en økning i antallet krefttilfeller, slik at det i år 2000 lå nær opp til landsgjennomsnittet.

Barn med alvorlig syke foreldre har et stort behov for støtte og hjelp. Denne gruppen blir større som følge av økt forekomst av kreft.

Barn og unge rammes også av kreft. Dette krever spesiell oppmerksomhet i forhold til behandling og oppfølging.

Kreft er en sjelden sykdom hos barn, ca. 150 tilfeller årlig, i Norge, i tidsperioden 2000-2004 (barn under 15. år). Forekomsten av kreft har økt hos barn de siste 50 årene, uten at man vet noen sikker årsak (Folkehelseinstituttet). Når barn rammes av en alvorlig sykdom blir helsearbeidere og andre fagpersoner som står i kontakt med barnet stilt ovenfor store utfordringer. Hele familier rammes og er i behov av støtte og hjelp.

Forekomsten av kreft forventes å stige med 26 % mot 2020 sammenliknet med 2001 (Kreftforeningen). Nye tall viser at disse prognosene trolig er for lave, og at forekomsten vil øke ytterligere (Kreftregisteret, april 2006).

Knapt halvparten skyldes økt antall eldre mens over halvparten skyldes livsstil.

En av tre i Norge får kreft.

Tall fra Kreftregisteret viser at i 2003 døde 480 av kreft og det var 1165 nye krefttilfeller i Hedmark. Tall fra Hedmark 1999-2003 viser at forekomsten hos menn ligger 0,1 % over, og kvinner 1,3 % under gjennomsnittet for landet som helhet.

Dette står i kontrast til utviklingen i Stange, der forekomsten blant kvinner har økt mer de siste årene. Men dette er små tall, så det viser foreløpig ingen sikker tendens.

Bedret behandlingstilbud vil gi økt overlevelsestid, og vil samtidig kreve lengre oppfølgingstid for den enkelte.

Behov for rehabilitering vil bli et sentralt område i tråd med bedret behandlingstilbud og økt overlevelsestid.

Forventningene og kravene til kommunehelsetjenesten vil øke.

2.4 Spesialisthelsetjenesten

En rekke nyetablerte tilbud for pasientene påvirker også tjenestetilbudet lokalt.

Stråleterapienhet v/ Sentralsykehuset Innlandet, HF, Gjøvik, baseres hovedsakelig på poliklinisk behandling.

Stange kommune har allerede erfaring med at pasienter benytter dette tilbudet. Flere vil da oppholde seg hjemme under større deler av behandlingen. Dette gjelder både pasienter som får lindrende og helbredende behandling

Endringer i sykehusstrukturen vil påvirke pasientbehandlingen og kommunens samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Flere pasienter vil i fremtiden behandles poliklinisk. Dette vil kreve økt spesialkompetanse i kommunehelsetjenesten, og gode rutiner for samarbeid med spesialistene.

Det etableres større spesialavdelinger i sykehus. Dette fører til økt reiseavstand i forhold til oppfølging og dermed delegering og økt press på kommunalt hjelpetilbud.

Det kommunale tjenestetilbud må tilpasses dette.

3.0 KREFTOMSORGEN

Stange kommune har oppmerksomhet på tiltak som forebygger kreft.
Innbyggerne får optimal behandling for sin kreftsykdom. Helhetlig omsorg under behandling og rehabilitering og ved livets slutt. Pårørende skal følges opp tilpasset behov og situasjon.

Målgruppe:

- Mennesker med kreftsykdom og annen alvorlig diagnose
- Pårørende til alvorlig syke
- Barn som pårørende
- Helsepersonell i møte med kreftsyke
- Kommunepolitikere (de folkevalgte)
- Innbyggerne i kommunen
- Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten

4.0 FOREBYGGENDE ARBEID

Stange kommune ser forebygging av kreftsykdom i et folkehelseperspektiv. Innbyggerne i Stange kommune har kunnskaper om risikofaktorer for utvikling av kreft, og ser sammenhengen mellom livsstil og forekomst av kreft.

4.1 Kjente risikofaktorer

- Arv
- Høy alder
- Tobakk (1/3 av totalt antall)
- Alkohol
- Usunn kost
- Lite mosjon
- Ukritisk soling
- Miljø faktorer (stråling, røntgen, radon, asbest o.l)

4.2 Forebyggende faktorer

- Kosthold med vekt på mye frukt og grønt, mindre sukker
- Fysisk aktivitet
- Redusert forbruk av tobakk og alkohol
- Hindre sol - forbrenning og ukritisk soling
- Hindre miljøutslipp, sikkerhetstiltak som hindrer at innbyggerne utsettes for skadelige gasser som radon, asbest etc.

4.3 Tiltak

- Opplysningsarbeid med fokus på kunnskap, bevisstgjøring og holdningsarbeid ved helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, barnehager, skoler, legesentre, idrettslag, bedrifter
- Undervisning, veiledning, utdeling av brosjyremateriell, holdningskampanjer, kurs
- Økt bevissthet og kompetanse hos helsepersonell i kommunen i forhold til undervisende og veiledende funksjon

Ideer det kan arbeides videre med:

- Utdeling av Georg - konvolutten (tobakksforebyggende arbeid i barnehagen)
- FYSAK prosjektet (undervisning og lek med fokus på sammenhengen mellom livsførsel og sykdom)
- Tilbud om frukt og grønt i barnehage og skole
- Tilbud om skolemåltid
- Sunn og god kantine mat på videregående skole
- Gratis røykesluttkurs for alle i kommunen
- Innføring av røyke - frie soner/ oppfølging av røykeloven
- Sykkel til jobben
- Masse mønstrings - dag i kommunen med felles fokus på fysisk aktivitet, frukt og grønt
- Forebygge psykiske traumer hos barn/unge der pårørende har en alvorlig kreftsykdom eller annen alvorlig sykdom.

5.0 UTREDNING

Diagnose skal stilles så tidlig som mulig, og relevant behandling skal iverksettes.

5.1 Viktig å legge til rette for

- At personen søker hjelp ved første symptom på at "noe" er galt
- At utredningen gjøres mest mulig effektiv, ved at forsinkelser hindres i samhandlingen mellom de ulike ledd i behandlingsapparatet
- At helsetjenestene er godt organisert og samordnet, slik at det er enkel tilgang til kompetent behandling og pleie

5.2 Tiltak

- Helseopplysning og brosjyrer er lett tilgjengelige på legesentra, helsestasjoner, apotek, service torg og andre aktuelle arenaer
- Kompetanseoppbygging og fagutvikling i kommunehelsetjenesten
- Fastlegen er viktig i forhold til koordinering, og må raskt henvise til spesialisthelsetjenesten og det må følge med fylldige opplysninger
- Behandling kommer i gang så raskt som mulig. Polikliniske undersøkelser må samordnes. Kommunehelsetjenestens rolle er å være pådrivere, bindeledd og utgjøre et støtteapparat for pasientene
- Det skal være tilgjengelighet av ulike fagpersoner i utredningsfasen. Fastlegen er sentral i denne fasen

6.0 BEHANDLING

Pasienten har tilgang til den nødvendige kompetansen for å få løst sine behov. Behandling, pleie og omsorg baseres på en helhetlig og tverrfaglig tenkning. Pasienten opplever best mulig symptomlindring og livskvalitet. Pasient og pårørende opplever de ulike tjenesteyterne som en sømløs tiltakskjede med et godt samarbeid og god kommunikasjon.

Begrepet livskvalitet forstås her som en subjektiv opplevelse av tilfredshet på det psykiske, fysiske, sosiale og åndelige/eksistensielle området på tross av sykdom.

Det finnes i hovedsak fire behandlingsprinsipper: Kirurgi, stråling (som til sammen kurerer flest), cellegift og hormoner.

Cellegiftbehandling kan i framtida bli delegert til behandling ved sykehjem eller legesenter.

God oppfølging fra kommunehelsetjenesten bidrar til at pasienten oppnår en vellykket kurativ behandling.

Fastlegen i samarbeid med pleie- og omsorgsavdelingen har ansvaret for å koordinere tjenestene som pasienten har behov for. Aktuelle samarbeidspartnere er andre faggrupper i kommunen, sykehjem og spesialisthelsetjenestens palliative team.

Kreftbehandlingen foregår for det meste poliklinisk i sykehusene, slik at pasientene kan bo hjemme mens den pågår. Det legges til rette for at behandling, pleie og omsorg kan skje i hjemmet, eller så nær hjemmet som mulig.

Det kreves høy kompetanse og stor innsats hos de personalgrupper som arbeider med alvorlig syke mennesker. Det anbefales at minst en sykepleier fra hver virksomhet innenfor pleie- og omsorg utpekes som ressurs sykepleier for pasienter med kreftdiagnose eller annen alvorlig

sykdom. Det er naturlig at en kreftsykepleier/palliativ sykepleier får denne funksjonen. Ressurssykepleieren vil fungere som en koordinator av tjenesten rundt pasient og pårørende, og tilrettelegge for samarbeid med fastlege og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Barn krever ekstra oppmerksomhet når foreldre, søsken eller nære omsorgspersoner rammes av alvorlig sykdom. Barna kan lett bli glemt i denne sammenheng. Dette er det nødvendig å følge opp fra barnehage, skole og helsetjeneste.

Stange kommune er med i et nettverk for sykepleiere i kreftomsorg og palliasjon med spesielt fokus på kompetanseheving og samhandling. Aktuelle sykepleiere deltar i dette nettverket.

Pasienter med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester kan ha nytte av en individuell plan. Det er en betingelse at pasienten ønsker dette selv. Etablering og oppfølging av en individuell plan, vil kunne organisere og sikre et kvalitativt optimalt behandlings- og rehabiliteringstilbud for den enkelte pasient.

Når en pasient har behov for det, kan det inngås avtale med sykehuset om ”forenklet innleggelse”, (tidligere kalt ”åpen retur). Dette innebærer at pasienten eller den kommunale tjeneste kan kontakte sykehuset direkte, uten å gå veien om fastlege / legevakt.

6.1 Tiltak

- Øke kompetanse til personell i forhold til symptomlindrende behandling
- Øke kompetanse til oppfølging av psykososiale behov hos pasient og pårørende
- Øke kompetanse i forhold til åndelige og eksistensielle behov hos pasient og pårørende
- Øke kompetanse i forhold til familier med barn. Dette betyr barn som pasient eller barn som pårørende
- Styrke samarbeid mellom ressursykepleier, helsestasjon/skolehelsetjeneste, barnehage og skole, for å sikre ivaretagelse av barns behov som pasient eller pårørende
- Økt fokus på tverrfaglig samarbeid for å sikre helhetlig behandling

7.0 REHABILITERING

Rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter en del av et helhetlig tilbud, der både de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle dimensjonene ivaretas.

Behov for rehabilitering er økende da stadig flere overlever kreft eller lever lenge med sykdommen. Pasienter trenger hjelp til å komme tilbake til livene sine, men tilbudene er mangelfulle. Stadig flere blir friske, men mange får bivirkninger eller senskader av behandlingen. Disse kan være av både fysisk, psykisk og sosial karakter. Det er ikke uvanlig å leve med angst for tilbakefall, psykisk utmatting og depresjon, eller fysiske plager.

Det kan være vanskelig å komme tilbake til et familieliv og arbeidsliv etter langvarig sykdom. Kreftpasienter er en mangfoldig gruppe som har ulike rehabiliteringsbehov avhengig av diagnose, alder og sosiale forhold.

Det er viktig å sikre pasienten et tilbud etter utskrivelse fra sykehus, og tilrettelegge for skreddersydde tilbud etter behandling.

7.1.Tiltak

- Tverrfaglig samarbeid og avklaring av ansvarsforhold
- Ved spesielle behov har kreftpasienten krav på individuell plan
- Hjelp til å bearbeide psykiske ettervirkninger etter alvorlig sykdom
- Oppfølging av kvalifisert og gjerne spesialutdannet personell, eks. sykepleier
fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom
- Pasientorganisasjoner og andre frivillige kan være gode støttespillere i en helhetlig rehabiliteringsprosess

8.0 LIVETS SLUTTFASE

Den terminale pasient får dekket sine individuelle behov for pleie og omsorg på en helhetlig og verdig måte. Verdighet bekreftes ved at pasientens fysiske, psykiske, sosiale, åndelige/ eksistensielle behov sees, og på best mulig måte søker å dekke disse.

Fortsatt dør mange av sin kreftsykdom. Det å bli rammet av en dødelig sykdom er en stor påkjenning som påvirker menneskets ulike dimensjoner. Det å bli sett i sin lidelse er helt vesentlig for at man skal oppleve lindring.

For pasienter som har kommet i en fase av sykdomsforløpet hvor helbredelse ikke er et aktuelt mål, er det nødvendig å hjelpe med konsekvenser av sykdom og behandling.

Dette stiller krav til ferdigheter i etikk og kommunikasjon blant hjelperne i kommunene, i tillegg til kunnskap om omsorg, pleie og symptomlindring når livet nærmer seg slutten.

Trygghet for den alvorlig syke og dens pårørende forutsetter en fleksibel og kontinuerlig oppfølging med en rask og effektiv justering av hjelpebehovet. Dette kreves for å hindre unødig reinnleggelse i sykehus.

8.1 Tiltak

- Fastlegen må prioritere hjemmebesøk i denne perioden dersom situasjonen tilsier det
- Individuell plan aktuelt
- Tilsynslege ved sykehjemmet er en sentral person for den alvorlig syke og deres pårørende, og skal prioritere oppfølging av disse pasientene i sykehjem
- Hjemmesykepleien har lang erfaring og bred kompetanse, og vil spille en viktig rolle i behandling – og pleie i livets slutfase- kontakt med pasient, pårørende og sosialt nettverk er ofte en prosess som pågår over lengre tid.

- Tverrfaglig samarbeid. Fysioterapi i forhold til smertelindring og tilrettelegging av hjelpemidler ved ergoterapeut, er eksempler på dette.
- Døgkontinuerlig vakt i hjemmet skal vurderes og tilbys når tiden er inne. Dette krever kompetanse hos fagpersonellet på det faglige og menneskelige plan. Det vil være behov for økt bemanning i en slik fase hos pasienten.

Sykehjemmet

Sykehjemmet er en svært viktig ressurs for å skape trygghet, ivareta pasient og pårørende og sikre en optimal pleie og omsorg i denne siste fasen av livet for mange pasienter.

Palliativ enhet/ palliative senger opprettes ved et av sykehjemmene i Stange kommune, med det mål for øye å gi god pleie og omsorg til den terminale pasient og dens pårørende.

Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdom som ikke lenger kan kureres, og hvor det er kort forventet levetid. (EACP / WHO).

I Plan for palliasjon – Helse Øst anbefales egen palliativ enhet som det mest hensiktsmessige. En enhet skal ha minst 5 senger for å kunne bygge opp en rasjonell kompetanse rundt sengene i sykehjemmet. Det anbefales at enheten bygger på Hospice – filosofien, en helhetlig tenkning i forhold til pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov, og med utgangspunkt i det enkelte individs egenart.

Palliativ enhet skal være en møteplass for pasienter, pårørende og helsepersonell med en høy grad av faglig kunnskap og kompetanse i forhold til alvorlig syke og døende.

Oppgaver for enheten/ palliative senger vil være:

- Kortidsopphold for justering av symptomlindrende behandling
- Kortidsopphold for å avlaste pårørende
- Kompetanse på veiledning og oppfølging av familier.

- Kort/langtidsopphold med god symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden.
- Kvalifisert pleie til kreftpasienter
- Systematisk arbeid for familie/ pårørende

Pasienter vil komme fra hjemmet eller sykehus.

9.0 SAMARBEIDSARENAER

Pasienten sikres optimal behandling og pleie i alle faser av sin sykdom

9.1 Spesialisthelsetjenesten

Erfaring viser at det for de fleste kreftsyke føles trygt og er av stor betydning at fastlegen og annet helsepersonell har et nært samarbeid med sykehusene. Dette innebærer systematisk informasjonsutveksling og samarbeid om oppfølging. Epikriser og veiledning fra sykehusene til kommunen må skje raskt.

Sykehuset Innlandet HF, Hamar har etablert et palliativt team. Teamet er et ambulant og tverrfaglig team bestående av kreftlege / nevrolog, kreftsykepleier, sosionom, ernæringsfysiolog og psykolog/prest.

Det palliative team er veiledende og rådgivende overfor pasientansvarlig lege og det øvrige behandlingsteamet i sykehus. Det vil følge opp kreftpasienter/ alvorlig syke og deltar i kartlegging, diagnostikk av pasienters symptomer og plager, og vurderer behov for, starter opp behandling og kan i avgrensede perioder følge opp pasienter i sykehusets moderavdeling.

Hensikten er å overføre kompetanse til helsepersonell som har ansvar for pasienten i sykehus eller kommunehelsetjenesten. Teamet vil kunne utgjøre en ressurs for pasienter bosatt i Stange.

Ullevål Universitetssykehus, UUS, kompetansesenter i palliasjon er den regionale kompetansebasen i palliasjon. Senteret består av et klinisk senter og et FOU (forskning- og utvikling)/kompetansesenter.

9.2 Andre samarbeidspartnere

Hospice Sangen i Hamar gir dagtilbud til hjemmeboende pasienter som er kronisk kreftsyke, eller har andre alvorlige sykdommer. Det er allerede flere i Stange som benytter seg av dette gode tilbudet.

Henvising fra lege er ikke nødvendig. Pårørende er også velkommen til samtaler. Omsorgen bygger på hospicefilosofien, hvor målet er å hjelpe mennesker til å leve så rikt og meningsfullt som mulig til tross for alvorlig sykdom. Utgangspunktet er den enkeltes situasjon med en helhetlig og tverrfaglig tilnærming..

Hospice Sangen er et samarbeid mellom Hamar Sanitetsforening og Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo.

Videre har Kreftforeningen nylig opprettet kontor i Hamar. De vil utvikle en rekke tilbud som vil komme lokalbefolkningen til gode.

Montebellosenteret på Mesnali er Norges eneste rehabiliteringssted for kreftsyke og deres pårørende – enkle søknadsskjemaer utfylles av fastlegen. Dette tilbudet skal synliggjøres og benyttes av kommunen i større grad.

Kreftforeningen og Hospice Sangen har spesialkompetanse innen sitt felt og vil være viktige samarbeidspartnere. Det er en stor ressurs å ha disse i vårt nærrområde.

9.3 Tiltak

- Forholdene må tilrettelegges organisatorisk for samarbeid og samhandling
- Planleggingsmøte på sykehuset før utskrivelse viser seg å bidra til færre misforståelser og forglemmelser samt til økt trygghet for pasient og pårørende. Det vil være naturlig at kommunens ressursykepleier i aktuell virksomhet deltar.

- Det skal tilrettelegges for hospitering på palliative enheter på sykehus, Hospice Sangen og Montebellosenteret.

10.0 PERSONALBEHOV

For å legge forholdene godt til rette for målgruppen, skal Stange kommune videreutvikle tilbud til alvorlig syke og døende.

Presset på kommunen er økende i takt med bedret behandlingstilbud og overlevelse, økt poliklinisk virksomhet og raskere utskrivning fra sykehus.

Det vil ofte være behov for fortsatt medisinsk behandling med kontinuerlig lege og sykepleiefaglig observasjon i kommunen.

Dette betyr økt behov for personalressurser i forhold til antall stillinger og spesialkompetanse.

Stange kommune har behov for en koordinatorstilling for kreftsykepleie i 1/1 stilling, samt ressurspsykeleier i hvert pleie og omsorgsdistrikt og på begge sykehjem. Fra januar 2007 ble det etablert en ressurspsykeleierstilling i hvert av de tre pleie- og omsorgsdistriktene i 40% st. Det bør vurderes om dette er tilstrekkelig i forhold til behovene fremover. Sykehjemmene har foreløpig ingen egen stilling etablert.

En koordinatorstilling vil være en sentral stilling i kommunen i arbeidet med kreftsyke og alvorlig syke og døende.

Fastlegen har en viktig rolle i kommunehelsetjenesten, men kan ikke alene være grunnpilaren i kreftomsorgen. Det bør derfor opprettes egen koordinatorstilling for kreftsykepleie med en fristilt posisjon. I tillegg til et overordnet ansvar for sykepleien til kreftpasienter og andre alvorlig syke, skal en koordinator identifisere, kontakte og koordinere de ulike tjenestene disse pasientene har behov for. Det vil være en viktig oppgave for en kreftkoordinator å heve kompetansen i hjemmesykepleien og ved palliative senger/ palliativ enhet.

11.0 KOMPETANSEBEHOV

I Lov om spesialisthelsetjenesten påligger det opplæringsansvar ovenfor kommunen i henhold til § 7-4.

Det er viktig å være oppmerksom på spesialisthelsetjenestens undervisnings- og veiledningsansvar overfor personell i kommunehelsetjenesten, og i størst mulig grad delta på aktuell undervisning og hospitering som vi blir invitert til samt ta egne initiativ til kompetanseheving.

11.1 Tiltak

- Flerfaglig, tverrfaglig og tverretattlig bruk av helsepersonell / kommuneansatte som underviser hverandre
- Trekke inn samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten som undervisere
- Nyttiggjøre seg av Kreftforeningens kompetanse på ulike felt
- Trekke inn pasienter og pårørende og lytte til deres erfaringer og anbefalinger
- Frigjøre tid til internundervisning ved omgjøring av rutiner og arbeid
- Motivere og inspirere leger og annet helsepersonell i kommunen til å prioritere gjensidig hospitering med spesialisthelsetjenesten
- Danne kommunalt nettverk bestående av kreftkoordinator og ressursykepleiere
- Kreftkoordinator og ressursykepleiere deltar på nettverkssamlinger som avholdes 2- 3 ganger pr. år i Hedmark fylke
- Det skal innarbeides kreftseminarer og større undervisningsopplegg i kommunens opplæringsplan

12.0 FRAMDRIFTSPLAN 2007 - 2014

Følgende tiltak i planen er ønskede tiltak i perioden 2007- 2014

- Opprette 100% st som kreftkoordinator i kommunen
- Opprette stilling som ressurspsykeleier på begge sykehjem
- Ressurspsykeleier 40% stilling i distrikt økes til 100% st/ opptrapping
- ESAS skjema benyttes i hele pleie- og omsorg
- Informasjon v. brosjyrer til aktuelle venterom og kontor
- Etablere sorggruppe
- Utarbeide tiltak og retningslinjer som ivaretar barn og unge som pårørende
- Opprette palliative senger/ palliativ enhet ved Stange el Ottestad sykehjem
- Sikre kompetanse i kreftomsorg og lindrende behandling på legesiden
- Sikre kompetanse om livsstil og kreft blant befolkningen i kommunen
- Gratis skolemåltid
- Åpne svømmehall x 2 pr uke
- Livsstilskurs v. bruk av Stangehallen til aktuell målgruppe

Rullering av kreftplanen skal gjennomføres hvert 2. år

13.0 REFERANSELISTE

NASJONALE UTREDNINGER

NOU 1984: 30 Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker

NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan

NOU 1999: 2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

Stortingsmelding nr. 16, januar 2003. Resept for et sunnere Norge

Rapport til Helsedepartementet 2005. Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen

NFPM 2004. Standard for palliasjon

PLAN FOR PALLIASJON. Helse Øst 2006 – 2010

PROSJEKT ORGANISERING OG UTVIKLING AV ONKOLOGIEN I SYKEHUSET
INNLANDET HF 2007