

# Kommunal kreftplan for Oppdal



Plan for arbeidet med kreftsyke

Vedtatt i driftsutvalget 10.10.2007

## INNHold:

Side:

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b>	<b>3</b>
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Kreftbildet i Norge	3
1.3	Kreftbildet i Oppdal	3
1.4	Prognoser	4
<b>2.0</b>	<b>Målsettinger</b>	<b>4</b>
2.1	Nasjonale føringer	4
2.2	Overordnet mål i kommuneplanen	5
2.3	Kreftomsorgens mål	5
2.4	Målsetting med en kommunal kreftplan	5
2.5	Lovgrunnlag	5
2.5.1	<i>Lov om pasientrettigheter</i>	6
<b>3.0</b>	<b>Grunntanker i helhetlig kreftomsorg</b>	<b>6</b>
3.1	Verdigrunnlag	6
3.1.1	<i>Hospicefilosofien</i>	6
3.2	Helhetlig omsorg	7
3.3	Pårørende	7
3.4	Sorgarbeid	8
<b>4.0</b>	<b>Kreftomsorgen i Oppdal</b>	<b>8</b>
4.1	Kommunehelsetjenesten	8
4.2	Samarbeidsparter	8
<b>5.0</b>	<b>Kommunehelsetjenestens tilbud</b>	<b>9</b>
5.1	Fastlegen	9
5.2	Kreftsykepleier	10
5.3	Hjemmetjenesten	10
5.4	Sykehjemmet	11
5.5	Fysioterapitjenesten	11
5.6	Ergoterapitjenesten	12
5.7	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	12
<b>6.0</b>	<b>Trygdeordninger</b>	<b>13</b>
<b>7.0</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>13</b>
	<b>Referanser</b>	<b>14</b>

## UTKAST TIL KOMMUNAL KREFTPLAN

## **1.0 INNLEDNING**

Ut fra en etterlysning av en egen kreftplan i Oppdal kommune, gjorde kommunestyret et vedtak om å undersøke behovet for en kreftplan i kommunen. Våren 2007 ble det satt sammen en arbeidsgruppe bestående av kommunelegen, helsefaglig ansvarlig i kommunen, ledere for hjemmetjenestene, Oppdal helsesenter og helsestasjonen, en fra fysioterapitjenesten og en kreftsykepleier.

### **1.1 Bakgrunn**

Det er de siste årene blitt økende fokus på lindrende behandling både nasjonalt, regionalt og i kommunene. Det er viktig at dette arbeidet formaliseres og kvalitetssikres gjennom en plan for lindrende behandling. Dette for å sikre at hvert enkelt menneske skal få hjelp til å leve best mulig i egne omgivelser, med minst mulig angst og fysiske plager, og til å møte døden på sine egne premisser (NOU 1999:2 Livshjelp).

**NOU 1999:2** ” Likeverd, omsorg og respekt for enkeltmenneskets verdi er viktige forutsetninger for tjenester til uheldredelig syke og døende mennesker. Videre er likeverdige tjenester, uansett alder, bosted, sosial tilhørighet, rase, livssyn m.v., et mål. Organiseringen bør sikre tilfredsstillende koordinering av nødvendige tjenester innenfor helse-, sosial- og trygdesektoren.”

### **1.2 Kreftbildet i Norge**

I 2004 ble det rapportert 24 434 nye krefttilfeller i Norge, hvorav 12 919 blant menn og 11 515 blant kvinner (kreftregisteret).

Kreft i blærehalskjertelen ( prostata) er hyppigst hos menn. Hos kvinner er brystkreft den kreftformen som rammer hyppigst. Både for menn og kvinner følger tykktarmskreft og lungekreft som nr. to og tre.

Ifølge Statistisk sentralbyrå døde mer enn 42 000 personer i Norge i 2003. Hvert år dør rundt 10 000 mennesker av kreft.

Kreftregisteret benytter femårs relativ overlevelse for å beskrive dødelighet og overlevelse for de ulike kreftsykdommene. Den relative overlevelsen har økt jevnt fra 1950-årene, da kreftregisteret startet registreringen. Femårs relativ overlevelse hos menn lå i siste periode på 54 prosent for alle diagnoser samlet, mens 61 prosent av de kvinnelige kreftpasientene var i live fem år etter at de fikk sin diagnose.( Kreft i Norge 2004 s.18)

### **1.3 Kreftbildet i Oppdal**

Oversikt fra Kreftregisteret (1971 – 2000) viser at kreftbildet i Oppdal er i endring. I perioden 1971-1980 var det i gjennomsnitt 15,7 tilfeller pr. år, neste periode 1981-1990 var det i gjennomsnitt 21,5 tilfeller. Fra 1991 til 2000 lå gjennomsnittet på 30 nye

tilfeller pr. år. Videre viser tall fra Kreftregisteret at det i 2001 var 29 nye tilfeller av kreft i Oppdal, i 2002 var det 30, i 2003 var det 33, og i 2004 var det 38 nye tilfeller av kreft ( fig. 1). Tallene for 2005 er enda ikke ferdig.

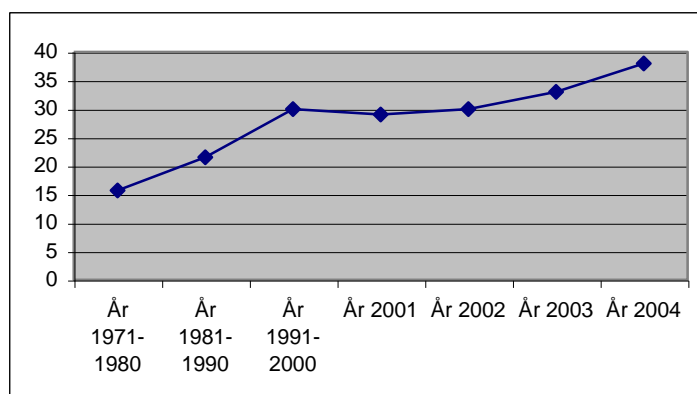


Fig. 1

De hyppigste kreftformene i Oppdal ( menn og kvinner samlet) i perioden 2001-2005 er

prostata	22
lungekreft (luftrør)	11
kreft i hjerne og sentralnervesystem	10
brystkreft (kvinner)	10
hudkreft, ekskl. maligntmelanom og baso	9
blærekreft	9
nyrekreft	9

Screening påviser i dag kreft på et tidligere stadium, og stadig flere lever med en kreftdiagnose de har fått behandling for. I forhold til befolkningen ligger antall nye krefttilfeller litt lavere enn forventet i Oppdal.

## 1.4 Prognoser

Kreftregisteret har gjort prognoser for den forventede utviklingen av nye tilfeller av kreft i Norge. Den viser at frem mot 2010 vil nye tilfeller av kreft stige med 10%, og frem til 2015 og 2020 forventes en stigning med henholdsvis 20% og 30%. ( ”Cancer in Norway 2005” s. 54)

## 2.0 MÅLSETTINGER

2.1	Nasjonale føringer.	NOU: Livshjelp 1999:2 NOU: Norsk kreftplan 1997 Regional plan Standard for palliasjon
-----	---------------------	--

## **2.2 Overordnet mål i kommuneplanen**

*Overordnet mål for omsorg og pleie i Oppdal er at alle som har behov for omsorg og pleie skal være sikret tilstrekkelig med tjenester av god kvalitet.*

Målgruppe for sektorens tjenester er hele befolkningen.

## **2.3 Kreftomsorgens mål**

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

Delmål:

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

## **2.4 Målsetting med en kommunal kreftplan**

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

## **2.5 Lovgrunnlag**

De viktigste lovene som regulerer tjenestetilbudet til mennesker med alvorlig og kronisk sykdom er:

- Lov om kommunehelsetjenester ( 1982 – 11-19 nr 66)
- Pasientrettighetsloven (1999 – 07-02 nr 63)
- Helsepersonelloven (1999 – 07-02 nr 64)
- Folketrygdloven (1997 – 02-28-19)
- Lov om sosiale tjenester (1991 – 12-13 nr 81)

### **2.5.1 Lov om pasientrettigheter**

Loven trådte i kraft 010701. § 2-5 *Rett til individuell plan* sier at en pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesten og gjennomføring av psykisk helsevern. Dette gjelder på alle trinn av sykdomsprosessen, og for alvorlig syke og døende pasienter med antatt kort levetid. Det søkes om dette på egne skjemaer. Koordinerende instans for individuell plan er Fagansvarlig medisinsk rehabilitering.

## **3.0 GRUNNTANKER I HELHETLIG KREFTOMSORG.**

### **3.1 Verdigrunnlag**

” Du har en verdi blott og bart ut fra det faktum at du er. Verdien din er der og krever respekt ikke for det du gjør, det du kan eller det du vet, men blott og bart fordi du er”

*Jenny Green*

Verdier er de sett av grunnleggende holdninger som menneskene trenger for å orientere seg og treffe sine valg. Vårt menneskesyn er avgjørende for hvilke verdier som vektlegges. Menneskets ukrenkelighet eller menneskets absolutte verdi, er en verdi som går på tvers av religiøse og ikke religiøse livssyn og moraloppfatninger, i så stor grad at det er bortimot enighet om denne verdien i vårt samfunn.

Respekten for den enkeltes ukrenkelighet og iboende verdighet står sentralt i all omsorg og behandling av alvorlig syke mennesker. ( NOU 1999:2).

#### **3.1.1 Hospicefilosofien**

”Hospice” er et begrep fra middelalderen hvor det i mange land ble opprettet et hjem for fattige reisende - et tak over hodet, et trygt oppholdssted. I vår betydning kan begrepet tilbakeføres til England for 60-70 år siden hvor noen sykehus hadde egne hjem, egne avdelinger for de uhelbredelig syke. Hospice ble et hjem for de som trengte det mest før den siste reisen vi mennesker kan legge ut på. Hospicebevegelsen har fra starten av vært opptatt av pasienten som en person, et menneske med en livshistorie, med familie, venner, nåtid og framtid, uansett hvor kort framtiden er.

Cicely Saunders var en pioner innenfor hospicebevegelsen, og så som ung sykepleier at alvorlig syke og døende kreftpasienter ble oppgitt og overlatt til seg selv. Hun mente at disse kunne ha et godt liv til det siste dersom de fikk god omsorg og smertelindring. Hun satte også i gang forskning for å øke kvaliteten på lindrende behandling, pleie og omsorg.

Hospicefilosofien kan sammenfattes i følgende punkter:

1. Lindring av plagsomme symptomer basert på et helhetlig menneskesyn
2. Respekt for døden som en del av livet

3. Flerfaglig og tverrfaglig teamarbeide.
4. Ivaretagelse av pårørende
5. Åpen kommunikasjon

Hospice behøver ikke å være en avdeling eller et rom, men er en måte å tenke og handle på i omsorgen for alvorlig syke. Hospicebegrepet brukes fortsatt enkelte steder i Norge, men generelt omtales fagområdet som lindrende behandling evt. palliativ behandling, pleie og omsorg.

Støttesystemer for helsepersonell som jobber med alvorlig syke og døende er en del av tenkningen.

### **3.2 Helhetlig omsorg**

Med forankring i hospicefilosofiens grunnleggende verdier vil helhetlig omsorg innebære individuell pleie, omsorg og behandling mot den sykdomsfasen pasienten er i til enhver tid. Pasienten og pårørendes sorgreaksjoner har ulike faser kanskje til ulike tider. Det er viktig at helsepersonell møter dette med empati og omsorg, og dette forutsetter kunnskap hos personalet.

God kontakt mellom pasient, pårørende og pleiere er en forutsetning for pleien. Alvorlig syke pasienter skal ha en primærkontakt og færrest mulig pleiere å forholde seg til. Pasienten må føle seg trygg på at han/hun til enhver tid får den hjelpen han/hun trenger, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Primærkontakten må formidle kontakt med aktuelle hjelpere (prest, sosionom, advokat, psykiatrisk sykepleier osv.)

### **3.3 Pårørende**

God helhetlig omsorg innebærer en familierettet omsorg, hvor både barn og voksne blir tatt aktivt med i planlegging og gjennomføring. Det er da viktig å fokusere på de ressurser familien har.

Nære pårørende er for de fleste et viktig sosialt nettverk, og det vil være et mål at pasient og pårørende får være sammen under hele sykdomsforløpet. De pårørende er en viktig bidragsyter for at pasienten kan ivareta sin integritet, selvrespekt og livskvalitet. De kjenner pasienten best, hans livshistorie og hva som betyr noe i hverdagen. Det å være pårørende til en alvorlig syk og døende innebærer for de fleste sorg, samtidig som de er i en psykisk krisetilstand. Helsevesenet har ansvar for at de pårørende får den hjelp og støtte de trenger både gjennom sykdomsforløpet og etter at pasienten er død. Dette er viktig forebyggende helsearbeid. Dagens pårørende må ikke bli morgendagens pasienter.

I Oppdal skal dette arbeidet ha høy prioritet. Kreftsykepleier etterstreber en god dialog med pasient og pårørende, og har faste etterlattesamtaler kort tid etter pasientens død.

### **3.4 Sorgarbeid**

Sorg og krise har mange fellestrekk både med hensyn til reaksjoner og atferd, og det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre. Sorg er den prisen vi må betale for kjærlighet. Det er ikke en sykdom, men en normal og ofte sterk opplevelse av forskjellige menneskelige tanker og følelser.

Kreftsykepleier kan arrangere sorggruppe hvor de etterlatte vil få muligheten til å dele sine opplevelser, tanker og følelser med andre i samme situasjon.

Sorgarbeid er for de fleste tungt arbeid både fysisk og psykisk, og det er mange faktorer som kan påvirke forløpet. Eksempler på dette kan være: forholdet til den døde, forholdet rundt dødsfallet, problemer i fortiden, sosiale forhold og lignende. Noen ganger kan dette føre til unormale sorgreaksjoner. Kjentegn kan være kroniske eller forsterkede sorgreaksjoner, utsettelse eller unngåelse av sorg. Som hjelpere er det viktig å kartlegge risikogrupper slik at vi kan iverksette nødvendige tiltak til enhver tid.

## **4.0 KREFTOMSORGEN I OPPDAL**

### **4.1 Kommunehelsetjenesten**

Helsetjenesten i kommunen består av:

- Fastlegen
- Kreftsykepleier
- Hjemmetjenesten
- Sykehjemmet
- Fysioterapitjeneste
- Ergoterapitjeneste
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Psykisk helsevern
- Miljøretta helsevern

### **4.2 Samarbeidsparter**

Pasienter som rammes av kreft må forholde seg til flere forvaltningsnivåer under utrednings- og diagnostikkfasen, og under behandlings- og oppfølgingsfasen.

Fastlegen i primærhelsetjenesten må ha det koordinerende ansvaret, og ha et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten for til en hver tid å holde oversikt over hvor i behandlingsskjeden pasienten befinner seg. Denne har ansvaret for pasienten under hele sykdomsforløpet.

Kreftsykepleier i kommunen vil ha det sykepleiefaglige ansvaret for pasienten, og det er nødvendig med et nært samarbeid mellom fastlege, kreftsykepleier og sykehusene.

NAV er også en viktig brikke i samarbeidet, for å sikre at pasient og pårørende får de trygderettigheter de har krav på.

## **5.0 KOMMUNEHELSETJENESTENS TILBUD**

## 5.1 Fastlegen

Ved kreftsykdom er det en fordel for pasient, familie og behandlingsapparatet for øvrig å hovedsaklig ha en lege å forholde seg til. Fastlegen ønsker å bidra til at pasient og familie skal ha det så bra som mulig. Pasientene kan ha komplekse medisinske faglige utfordringer hvor fastlegens kompetanse og oppfølging er avgjørende for om pasientene kan få være hjemme eller på sykehjemmet.

Fastlegen har ulike funksjoner:

Forebyggende arbeid:

- Livsstilsråd for å forebygge kreftutvikling.
- Følge opp nasjonale screeningsprogrammer for å oppdage kreft på et tidlig stadium.

Utredning ved mistanke om kreft:

- Undersøkelse og blodprøver
- Henvise til røntgen, aktuelle spesialister etc.
- Gi pasient tilbakemelding og informasjon om diagnose dersom dette ikke er gitt på sykehuset.

Behandling:

- Henvise til spesialist for vurdering av behandling: medikamenter, cellegift, stråling, kirurgi eller lindrende behandling.
- Pasientens fastlege er ansvarlig for den symptomlindrende behandling som til enhver tid er nødvendig i et sykdomsforløp, samt evaluering av igangsatte tiltak. Av og til vil dette skje i samarbeid med pasientansvarlig lege ved det aktuelle sykehus hvor pasienten tilhører. Eksempler på dette kan være lindring av kvalme, smerte, obstipasjon og diarè.

Oppfølging av behandling:

- Legen samarbeider med fysioterapeuter, kreftsykepleier, hjemmesykepleien, Oppdal Helsecenter, helsestasjonen, sykehusene og andre involverte instanser.
- Legen ordner praktiske forhold som: sykemelding, henvisninger, legeerklæringer og resepter.
- Dersom pasienten dør, følger legen opp pårørende dersom det er ønskelig.
- Pasienter som blir friske, går til kontroller enten på sykehuset eller hos fastlegen.
- Samtale og støtte
- Selv om en er erklært frisk av sin kreft, vil enkelte oppleve det tungt å komme tilbake til arbeid og det sosiale liv. Her kan legen være en støtte spiller på veien videre.

## 5.2 Kreftsykepleier

**Kreftsykepleier** kan tenkes administrativt organisert under hjemmesykepleien hvor en del pasienter er felles, mens i mange tilfeller er hjemmesykepleien ikke involvert. Tidlig i sykdomsforløpet og hos kreftpasienter under kurativ behandling er det oftest bare kreftsykepleier de har kontakt med. Henvisningene kan komme fra sykehus, fastlege, de pårørende, pasienten selv eller annet helsepersonell. Kontakten kan etableres når diagnosen er stilt, og pasienten får oppfølging gjennom alle fasene i sykdomsforløpet. Kreftsykepleier samarbeider med fastlegen om den enkelte pasient, og har nær kontakt med kreftavdelingen på St. Olavs Hospital. Den koordinerende funksjonen er sentral.

Kreftsykepleier er med på alle førstegangsbesøk til kreftpasienter, og vil være tilgjengelig i alle faser av sykdommen; fra diagnosen er stilt, gjennom behandlingstiden og i rehabiliteringen. Kreftsykepleier er også et tilbud til alle aldre; barn, ungdom og voksne. Noen trenger oppfølging på veien tilbake til arbeidslivet. Det kan legges til rette for å være hjemme dersom noen ønsker å dø der.

Tilbud som kan være aktuelle, ut fra den aktuelle situasjon:

- Informasjon om sykdom, behandling og prognose
- Råd om forebyggende tiltak for å bedre helse og livskvalitet
- Hjelp til å lindre smerter og annet ubehag om følge av sykdom og behandling
- Tid til samtale og støtte i en vanskelig tid
- Direkte pleietiltak, undervisning og veiledning av de som har den daglige pleien, ved for eksempel sårskift, stell, mattilberedning/råd, medisiner, o.l ( ”bedside”-undervisning).
- Støtte og oppfølging av de pårørende
- Tilrettelegging og oppfølging av kontakt mellom hjem – skole/barnehage ved barn og ungdom som pasient og/eller pårørende
- Tilrettelegging for hjemmedød
- Koordinere helsetjenesten mellom nivåene, og fremme tverrfaglig samarbeid
- Sorgoppfølging

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

### 5.3 Hjemmetjenesten

**Hjemmesykepleien** er ofte involvert hos pasienter med kreft eller andre alvorlige lidelser. Kvalitetsmålet for tjenesten er å skape trygghet hos pasienten som gjør det mulig å bo i eget hjem tross omfattende behandlings og pleiebehov. Tjenesten har et heldøgnsstilbud og består av sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Ved terminal pleie og palliativ behandling skal en verdig avslutning i trygge omgivelser være en målsetting.

Hjemmesykepleie tildeles etter søknad (som ligger på nettsiden til kommunen) fra lege, sykehus, pårørende eller pasienten selv. Tjenesten er gratis.

For å lette de praktiske gjøremål i hjemmet kan det søkes om hjemmehjelp, som må betales etter ulike satser avhengig av inntekt.

### 5.4 Sykehjemmet

**Oppdal Helsesenter** har tilbud om langtidsplasser, korttidsplasser og avlastning. Det er et heldøgns omsorgstilbud med nødvendig helsehjelp til å få dekket grunnleggende behov. Det er pleie og omsorg og medisinsk behandling tilpasset den enkeltes behov. Sykehjemmet har et godt sykepleiefaglig miljø med erfarne sykepleiere og hjelpepleiere på begge avdelinger. Tilsynslegen har det medisinske ansvaret under oppholdet. Behov for opphold meldes fra sykehus, hjemmesykepleien, fastlege eller at bruker selv fyller ut søknadsskjema med opplysninger om helsetilstand som gir grunnlag for å fatte vedtak om tildeling av opphold.

Sykehjemmet planlegger å ha et til to rom forbeholdt alvorlig syke med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutfase. Når det ikke er behov for å bruke plassene til lindrende senger, brukes plassene til korttidsopphold til andre brukere. Helsepersonell på sykehjemmet har spesialkompetanse på fagområdet.

Sykehjemmet har mulighet for overnatting for pårørende til alvorlig syke pasienter.

## 5.5 Fysioterapitjenesten

**Fysioterapi** kan hjelpe kreftpasienter til bedre funksjon og/eller til å leve best mulig med sykdommen. Fysioterapeuter i kreftomsorgen kan være med på arbeidet for å bedre pasientens livskvalitet uansett forventet levetid.

Et hovedmål er fullstendig eller best mulig rehabilitering.

Ved hjelp av behandling, trening, veiledning og hjelpemidler arbeides det mot et best mulig funksjonsnivå og/eller lindring av smerter og ubehag hos kreftpasienter.

### **Aktuelle fysioterapitiltak kan være:**

- Trening av bevegelse etter operasjoner og strålebehandling
- Tilrettelegging for trening og aktivitet som en del av gjenopptreningen
- Avspenning av sekundære muskelplager og samtale som følge av den psykiske påkjenningen
- Bløtdelsbehandling: av arr, hevelser og lett berøring som smertelindring
- Lungefysioterapi for hjelp av fjerning av sekret, forebygge lungeproblemer og lindre pustebesvær
- Lymfeødembehandling, bandasjering og tilpassing av støttestrømper
- Ergonomisk veiledning, arbeidsstillinger etc
- Hjelpemidler

## 5.6 Ergoterapitjenesten

**Ergoterapeut** har ansvaret for å tilrettelegge med hjelpemidler i pasientens hjem. Et hjelpemiddel kan bidra til å redusere praktiske problemer for funksjonshemmede eller syke mennesker. Hovedregelen er at behovet skal være varig og at personen har vesentlig innskrenket funksjonsevne. Hjelpemidlet må være nødvendig og hensiktsmessig.

Det gis hjelpemidler som gjør at pasienten kan utføre daglige gjøremål på egenhånd, men også når det er kommet i en fase da vedkommende må ha bistand fra hjelper. Behovet vurderes ut fra funksjon til pasient om hvilke hjelpemidler som er aktuell. Søknad sendes NAV/Hjelpemiddelsentral (HMS) Sør-Trøndelag, Postboks 2976, 7438 Trondheim. De blir kjørt ut med bil til kommunalt lager ( på OHS). For Oppdals vedkommende er det hver fredag. Ambulerende vaktmester kjører ut til pasient og monterer dem. Om det er behov for hjelpemidler utenom fredagskjøring tar ergoterapeut telefonkontakt med HMS.

De mest aktuelle hjelpemidlene er elektrisk regulerbare senger, trykksårmadrasser, rullestoler og noen ganger løfte-hvilestoler. Det legges vekt på at pasienten skal ha mulighet til å være hjemme lengst mulig. Enklere hjelpemidler som rollator, toalettforhøyer, dusjstol o.l, finnes på kommunalt lager. Det kan også gis hjelpemidler for å tilrettelegge på arbeidsplassen f.eks for mennesker som har ”brystkreft-arm”.

Ventetid ca. 2-8 uker

## **5.7 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

Helsestasjons- 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 alle skolene i kommunen, og er derfor lett tilgjengelig i skoleelevenes hverdag.

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

- I tilfelle 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.
- Helsestasjonen sørger for at den av helsesøstre som kjenner familien best tar kontakt 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, engstelse, uro og sårbarhet. En familierettet omsorg må innebære tilbud om informasjon til barnas nærmiljø dersom familien ønsker det. Helsesøster og kreftsykepleier kan være en sentral person i denne kontakten.

## 6.0 TRYGDDEORDNINGER

Kreftsykdommer rammer på ulike måter, og mange pasienter og pårørende opplever at sykdommen medfører mange bekymringer på det økonomiske området. Langvarig sykemelding og evt. overgang til attføring eller uførepensjon reduserer inntekten betraktelig. Mange er ukjente med sine rettigheter, og har samtidig vansker med å finne ut av dette i deres situasjon. NAV og behandlingstilbudenes sosionomer er viktige veiledere.

Den Norske Kreftforening har gitt ut en håndbok; ”Rettigheter for pasienter” - trykterettigheter, pasientrettigheter og andre tilbud. Den er også å finne på:

[www.kreft.no](http://www.kreft.no)

## 7.0 OPPSUMMERING

Offentlige utredninger etterspør en plan for kreftomsorg i kommunene, for å sikre kompetent behandling, pleie og omsorg for pasientene. Det er lagt vekt på at det må være en kontaktperson i kommunene, og at koordineringen må bedres. Arbeidsgruppen har sett på hvordan behovet er i Oppdal, og kommet med forslag til hvordan dette kan løses. Med et økende antall nye krefttilfeller er det behov for at kreftomsorgen styrkes, og behov for at kompetansen brukes i alle deler av helsevesenet i Oppdal.

Det er nødvendig at kreftplanen evalueres, og første gang innen et år etter en godkjenning av planen. Det er naturlig at det er arbeidsgruppen som evaluerer den første gang. Viktige punkter for evalueringen er; antall pasienter, når vi de med behov, pårørende, sorggrupper, bruk av kompetanse, undervisning, samarbeid, erfaringer, hva er utfordrende... Videre evalueres planen hvert år eller hvert andre år.

## Referanser :

NOU 1997:20. Omsorg og kunnskap  
NOU 1999:2. Livshjelp  
Norsk standard for palliasjon  
Kreft i Norge 2004  
Kreft i Norges fylker og kommuner 1971-1980, 1981-1990, 1991-2000  
Cancer in Norway 2005  
Tilsendt materiale fra kreftregisteret  
Handlingsprogram for Oppdal kommune 2007-2011  
Lovdata