

Palliativ plan for Grane- og Hattfjelldal kommune

1.0 INNLEDNING

Det er de siste årene blitt økende fokus på lindrende behandling både nasjonalt, regionalt og i kommunene. Grane og Hattfjelldal prioriterer dette arbeidet høyt og har etablert et faglig godt tilbud til alvorlig syke, døende og deres pårørende. 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.

Kreftbildet i Norge

I 2007 ble det oppdaget 25 943 nye krefttilfeller i Norge, en økning på 6% fra 2006. Deler av økningen i kreftforekomsten kan forklares ved at befolkningen stadig blir eldre samt at antall tilfeller av prostatakraft har steget kraftig. Denne kreftformen er desidert hyppigste blant menn, og utgjør 4391 av totalt 14 001 krefttilfeller hos menn. Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner, med 2761 av i alt 11 942 krefttilfeller blant kvinner. Kreft i tarm og lunge er nummer 2 og 3 hos begge kjønn. Innen 75 års alderen er den kumulative risiko for å få prostatakraft 11,9 % og for brystkreft 8,2%. 10 års relativ overlevelse for prostatakraft er 77,5 % og for brystkreft 79,8 %. Det vil i at mange i disse 2 gruppene kureres eller lever lenge med sin sykdom. I 2007 døde det 41 954 i Norge i overkant av 10 366 av disse dødsfallene skyldes kreft.

Lokal forekomst

Det var totalt 97 nye tilfeller av kreft i Grane og Hattfjelldal kommune i perioden 2003-2007 hvorav 70% av de rammede var menn. De hyppigste kreftformene blant menn var prostatakraft og tarmkreft med henholdsvis 31 og 12 tilfeller. Brystkreft og tarmkreft var i denne perioden like hyppig hos kvinner med 7 tilfeller i hver kategori. Disse 2 kommunen følger derfor mønsteret en ser for resten av landet når det gjelder hva som er det vanligste kreftformene. (Kreftregisteret 2009 og Canser in Norway 2007)

2.0 MÅLSETTINGER

2.1 Nasjonale føringer

1. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap- norsk kreftplan. NOU 1997:20
2. Norges Offentlige utredninger. Livshjelp, pleie og omsorg for uhelbredelige syke og døende. NOU 2005:3
3. Nasjonale strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen- kvalitet, kompetanse og kapasitet. Rapport til Helsedepartementet, juni 2004
4. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3
5. Standard for palliasjon. Oslo: Norsk frening for palliativ medisin, Den norske lægeforening(2004)
6. Nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.(2007)

2.2 Hovedmål

Overordnet mål for helse- og sosialsektoren i Grane og Hattfjelldal er å gi bistand til mennesker som har helsemessige og/eller sosiale problemer som de trenger hjelp til å løse, og drive aktivt arbeid med helsefremmende og forebyggende tiltak. Det er et hovedmål at de ressursene som vi har innen palliativ omsorg kan brukes uavhengig av kommunegrensen.

Målgruppe for sektorens tjenester er hele befolkningen.

2.2.1 Mål for palliasjon

Overordnet mål for palliasjon er å gi helhetlig omsorg til alvorlig syke og deres pårørende.

Delmål:

- Bidra til best mulig livskvalitet i alle faser av sykdomsforløpet.
- Tilrettelegg for hjelp i hjemmet etter behov og ønske 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.

2.2.2 Målsetting med kommunal kreftplan

*Planen skal gi pasient, pårørende og andre fullstendig informasjon om hvilke tilbud kommunene kan gi.

* Det forventes at alt personell innen pleie- og omsorg , helse- og rehabilitering i kommunene skal ha et innblikk i planen for å vite av hva som kreves av kommunen og for å sørge for at tilbudene kan tilrettelegges best mulig.

*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.

2.3 Lovgrunnlag

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

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (av 1 januar 2012)

*Helseforetaksloven(2001-06-15-93)

*Pasientrettighetsloven (1999-07-02 nr 63)

*Helsepersonelloven(1999-07-02 nr 64)

*Folketrygdloven(1997-02-28-9)

*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.(1999-06-02-62)

*Lov om spesialisthelsetjenesten(1999-06-02-61)

*Lov og forskrift om individuellplan (i kraft 01.01.2004)

*Ot.prp.nr 27(1.104) NOU 1998:21 Lov om alternativ medisin(2003-06-27-64)

2.3.1 Pasientrettighetsloven

Loven trådte i kraft 01.01.01. §2-5 *Rett til individuell plan* sier at en pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette gjelder på alle trinn av sykdomsprosessen for alvorlig syke og døende pasienten med antatt kort levetid.

4A samtykkekompetanse- tillegg til pasientrettighetsloven

3.0 VURDERING AV KREFTOMSORGEN I DAG

3.1 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 uhelbredelige syke. Hospice ble et hjem for det 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 en familie, venner, nåtid og fremtid, uansett hvor kort fremtiden er.

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 teamarbeid.
4. Ivaretagelse av pårørende.
5. Åpen kommunikasjon.

Hospice behøver ikke være en avdeling eller et rom, men er en måte å tenke og handle på i omsorgen for alvorlig syke.

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

4.0 STRUKTURENE I KREFTOMSORGEN

4.1 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten i kommunen består av:

- Fastlegen – er pasientens ansvarlige lege som har det overordnede, koordinerende ansvar for omsorg og behandling.
- Kreftsykepleier følger opp pasienten og pårørende under hele sykdomsforløpet
- Hjemmetjenesten - besørger nødvendig pleie og stell i hjemmet
- "Omsorgsrommet" på sykehjemmet kan tilby lindrende omsorg og behandling i livets slutfase kan også benyttes ved behov for kortvarig avlastning eller innleggelse for innstilling på smerte- og symptomlindring.
- Sykehjemmet
- Fysioterapitjenesten
- Ergoterapitjenesten
- Helsestasjon
- Psykiatri

4.2 Samarbeidsparter

Pasienter som rammes av kreft må forholde seg til flere forvaltningsnivåer under utrednings- og diagnostikkfasen, og under behandling og oppfølgingsfasen. Fastlegen i primærhelsetjenesten må ha det koordinerende ansvaret, og ha et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten for til enhver tid å holde oversikt i behandlingsskjeden pasienten befinner seg. Kreftsykepleier i kommunen vil ha det sykepleierfaglige ansvaret for pasienten, og det er nødvendig med et nært samarbeid mellom fastlege , kreftsykepleier ,sykehusene og andre samarbeidspartnere i kommunen.

5.0 PRIMÆRHELSETJENESTENS TILBUD

5.1 Fastlegen

- Ved alvorlig sykdom er det en fordel for pasient, familie og behandlingsapparatet å hovedsakelig ha en lege å forholde seg til. Fastlegen ønsker å bidra til at pasient og familie skal ha det så bra som mulig. Fastlegen har ulike funksjoner:
- Utredning ved mistanke om kreft.
- Forebyggende arbeid.
- Samarbeidspartner i behandlingen som gis ved sykehusene.
- Oppfølging av behandling og symptomlindring.
- Selv om en er erklært frisk av sin alvorlige sykdom/ kreft, vil enkelte oppleve det tungt å komme tilbake til arbeid og det sosiale liv. Her kan legen være en støttespiller på veien videre.
- Grane og Hattfjelldal har legevaktsamarbeid.

5.2 Kreftsykepleier

Kreftsykepleier er administrert gjennom Pleie- og omsorgstjenesten. Henvisningen til kreftsykepleier kommer fra fastlegen, sykehus, de pårørende, pasienten selv eller annet helsepersonell. Pasienten får oppfølging gjennom alle fasene i sykdomsforløpet, og under rehabilitering.

Kreftsykepleier samarbeider med fastlege om den enkelte pasient, og har nær kontakt med kreftenheten på de aktuelle sykehus. Det er et nært samarbeid mellom kreftsykepleiere i kommunene, og ressursene skal kunne brukes på tvers av kommunegrensene. I den normale driften har kommunene et selvstendig ansvar. Bruk av kreftsykepleierressurser på tvers av kommunen skjer ved ekstraordinære forholdt eks; ferieavvikling/ kortere sykefravær og ved store faglige utfordringer.

Kreftsykepleier skal ;

- koordinere og planlegge pleie og omsorgsoppgaver rundt pasienten. Enten om pasienten er i hjemmetjenesten eller sykeheim.
- Informasjon om sykdom og behandling
- Kartlegging av tilstand Eks; Esas skjema og smertejournal.(Se Vedlegg)
- Utarbeide individuell plan ved behov
- Hjelp til å lindre smerter og annet ubehag som følge av sykdom og behandling.

- Tid til samtale og støtte i en vanskelig tid.
- Støtte og oppfølging av de pårørende
- Koordinere helsetjeneten mellom nivåene og fremme tverrfaglig samarbeid.
- Kreftsykepleier har også en undervisende og veiledende funksjon overfor andre helsearbeidere som arbeider med denne pasientgruppen.
- Oppfølging av etterlatte.

5.2 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er ofte i kontakt med kreftpasienter eller andre alvorlige lidelser. Det kan gis et heldøgntilbud hvor det gis pleie og omsorg i hjemmet, også rettet mot hele familiens behov. De kan hjelpe dem med;

- Oppfølging og nødvendig hjemmebesøk fra fastlegen.
 - Pleie- og omsorgstjenester døgnet rundt
 - medisin/sårstell.
 - stell/dusj.
 - hjelpemidler.
 - tilsyn
 - sykepleier vakt
 - Praktisk bistand
 - Terminal pleie dersom ønskelig

5.4 Sykehjemmet

Sykehjemmet har tilbud om korttidsopphold . Sykeheimslegen har det medisinske ansvar, og går faste visitter hver uke.

5.4.1 Omsorgsrommet

På **sykehjemmene i Grane og Hattfjelldal** er det etablert hvert sitt rom som kalles "Omsorgsrommet". Dette er et tilbud til alvorlig syke som har behov for lindrende behandling og omsorg. Dette kan være et tilbud til de som ikke lenger kan være hjemme, eller trenger en periode for å få hjelp til behandling av ubehag/plager pga deres behandling eller alvorlig sykdom. Her vil den syke og de pårørende få hjelp gjennom samarbeid med personalet både fra sykehjemmet, hjemmetjenesten og kreftsykepleier. Pårørende gis mulighet for overnatting. På denne måten opprettholdes kontakten med personalet som bisto /bistår dem hjemme.

5.6 Fysioterapitjenesten

Fysioterapi kan hjelpe pasienter til bedre funksjonsnivå og /eller til å leve best mulig med sykdommen. Fysioterapeuter i for eksempel 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, hjelpemidler og andre egnede metoder, arbeides det mot et best mulig funksjonsnivå og/eller lindring av smerter og ubehag hos alvorlig syke pasienter.

5.6 Helsestasjon

Helsestasjon jobber med å fremme barns helse slik at de kan vokse opp med best mulig helsetilstand, både fysisk og psykisk. 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 kan være en sentral person i denne kontakten. Kontaktlærere, barnehagepersonell, barnevern og eksempelvis psykiatritjenesten kan også være sentrale personer som jobber tverrfaglig sammen med helsesøster.

5.7 Ergoterapitjenesten

Ergoterapeut/hjelpemiddelkoordinator har ansvaret for å tilrettelegge med hjelpemidler i pasientens hjem. Et hjelpemiddel kan bidra til å redusere praktiske problemer for funksjonshemmede eller syke mennesker.

5.8 Frivillighetsarbeid

Det er etablert frivillighetsentraler i begge kommunen, og det er ønskelig med engasjement og samarbeid. Det er ønskelig at det kan bygges opp et korps av frivillige i tilknytning til palliativ virksomhet. Funksjonen som frivillig er uavhengig av yrke og delvis uavhengig av alder. De frivillige inngår som et tilskudd til fagpersonell, og skal ikke delta i medisinskfaglig behandling, stell og pleie. Frivillige skal ha taushetsplikt på samme måte som helsepersonell, men forhold rundt taushetsplikten må defineres særskilt, avhengig av sammenhengen, jf nedenfor.

6.0 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. 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 følge 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.)

6.1 Pårørende

God helhetlig omsorg innebærer en familierettet omsorg, både barn og voksne blir tatt aktivt med i planleggingen og gjennomføring. Det er da viktig å fokusere på de ressursene 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/hennes livshistorie og hva som betyr noe i hverdagen. Det å være pårørende til en alvorlig syk eller 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. I Grane og Hattfjelldal er dette arbeidet høyt prioritert. Kreftsykepleier etterstreber en god dialog med pasient og pårørende, og har tilbud om ettersamtaler. Der kan lege og andre involverte parter kan møte etter ønsker fra pårørende.

6.2 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 koordinere sorggruppe hvor det kan være mulighet til å dele sine opplevelser, tanker og følelser med andre i samme situasjon.

7.0 TRYGDE- OG KOMMUNALE STØTTEORDNINGER

Alvorlige sykdommer rammer på ulike måter, og mange pasienter opplever at sykdommen medfører mange bekymringer på det økonomiske området. Langvarig sykemelding og eventuell overgang til attføring eller uførepensjon reduserer inntekten betraktelig. Mange er ukjent med sine rettigheter og har samtidig vansker med å finne ut av dette i deres situasjon.

7.1 Støtteordninger;

- **Omsorgslønn:** Kan gis til personer med tyngende pleie- og omsorgsarbeid, gjelder som regel nære pårørende. Søknad sendes pleie og omsorg avdeling
- **Korttidsopphold:** Pasient og familie kan søke korttidsopphold på sykehjemmet, eller på Omsorgsrommet. Eget søknadskjema sendes Enhet pleie og omsorg.
- **Støttekontakt:** Hjemmeboende kan søke om støttekontakt for å komme seg ut og ta del i sosiale aktiviteter. Kommunen betaler lønn etter vedtatte timer.
- **Økonomisk veiledning:** Ved vanskelig økonomiske forhold, kan NAV kontaktes for veiledning og hjelp.

Den Norske Kreftforening har gitt ut en håndbok "*Rettigheter for pasienter og pårørende*" - trygderettigheter , pasientrettigheter og andre tilbud. Denne fås på det lokale NAV kontoret, eller hos kreftsykepleier på omsorgsavdeligen i kommunen. Det er også å finne på nettet:

www.kreftforeningen.no

7.2 Revidering av palliativ plan

Årlig rullering og revisjon av planen hvert 4. år, eller tidligere ved behov.