



# HANDLINGSPLAN FOR KREFTOMSORGEN I SEL, VÅGÅ, LOM OG SKJÅK 2017 – 2020

*Handlingsplanen med tiltaksplanen er en plan for den enkelte kommune.*



Godkjent i kommunestyret:			
Sel: 16.10.17	Vågå: 13.06.17	Lom: 19.04.17	Skjåk: 30.03.17

## Innhold

Innledning .....	2
Oppdatering .....	2
Formål .....	3
Begrepsavklaringer og avgrensning .....	3
Lovgrunnlag, nasjonale planer og retningslinjer .....	3
Omfang av kreft i Norge og Sel, Vågå, Lom og Skjåk .....	4
Forutsetninger for å lykkes i kreftomsorgsarbeidet .....	5
Det kommunale tjenesteapparatet - ansvar, oppgaver og ressurser .....	6
Eksterne samarbeidspartnere og ressurser .....	9
Tiltaksplan 2017 .....	10
Tiltaksplan regional kreftkoordinator 2017 .....	11



## Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en ny nasjonal kreftstrategi for 2013-2017 med mål om å legge til rette for at en god kreftomsorg i Norge skal bli enda bedre.

Fem hovedmålområder ble definert:

1. En mer brukerorientert kreftomsorg
2. Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp
3. Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging
4. Flere skal overleve og leve lenger med kreft
5. Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende.

Det er utarbeidet en nasjonal handlingsplan for å konkretisere hva som må gjøres for å oppnå målene. Det presiseres at helseforvaltningen, alle ledd i helse- og omsorgstjenestene og frivillig sektor må løfte i flokk for å nå disse målene.

Utarbeidelse av en handlingsplan og veiledere\* for den kommunale kreftomsorgen er viktig for å sikre at politikere, administrasjon og fagpersoner har oversikt over – og ivaretar sine – oppgaver. Handlingsplanen er et hjelpemiddel for vurdering, evaluering og prioritering av kreftomsorgen over tid. Gjennom det bidrar kommunen til de fem nasjonal hovedmålene kan nås. Handlingsplanen og veilederne\* bidrar også til at pasientene får mest mulig lik behandling over kommunegrensene.

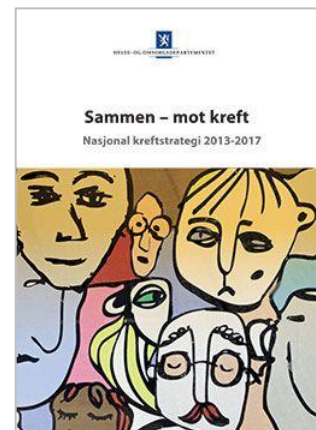
Vågå vedtok en handlingsplan i 2013. Ingen av de andre kommunene har utarbeidet planer tidligere. Det ble derfor vinteren 2016 - etter ønske fra kommunalsjefene helse/omsorg/velferd i Sel, Vågå, Lom og Skjåk - nedsatt en interkommunal arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til en handlingsplan for kreftomsorgen som skal brukes i de nevnte kommunene.

Medlemmer i arbeidsgruppen:

- Reidun Kvåle, kreftkontakt Lom – fra oktober 2016 Anne Cathrine Aas Sandvoll
- Solveig Kyte, kreftkontakt Sel
- Bente Aasheim, kreftkontakt Vågå
- Gry Kveen, kreftkontakt Skjåk
- Hilde Aarvik, kreftkoordinator, NGLMS
- Hege Lorentzen, koordinator i samfunnsmedisin, NGLMS

Forslag til handlingsplan ble utarbeidet i april 2016, men ikke ferdigstilt for høring før det var tatt en beslutning i forhold til en ev. videreføring av regional kreftkoordinator. Handlingsplan og veiledere\* var klare for høring i desember 2016. Kommunalsjefen i kommunen var ansvarlig for høringsprosess (ansatte og brukergrupper) i egen kommunen. Regional kreftkoordinator sendte handlingsplan og veiledere\* til høring til kreftforeningen i tillegg til kreftenheten og palliativt team i Sykehuset Innlandet.

Det kom få innspill i høringsprosessen, men de som kom ble vurdert og ev. innarbeidet i planen. Handlingsplan ble lagt frem for deltakere i 6K helse fra Lom, Skjåk, Vågå og Sel 21.02.17 og besluttet sendt til kommunen for faglig, administrativ og politisk behandling.



\* *Veiledere er samlet i eget dokument.*



## Oppdatering

Deltakerne i 6K helse fra Sel, Vågå, Lom og Skjåk har ansvar for å nedsette en arbeidsgruppe for oppdatering av handlingsplanen i januar 2018, deretter 2. hvert år.

## Formål

Formålet med handlingsplanen er at kommunen skal

- øke kunnskapen om kreftomsorgen og gjennom det skape trygghet blant personalet
- øke samhandlingskompetansen
- ha god oversikt over tjeneste- /hjelpemiddelet

slik at kommunen kan

- yte brukerorienterte, helhetlige og likeverdige tjenester
- sikre oppfølging av pasienter med kreft og deres pårørende
- sikre gode palliative forløp innen kreftomsorgen
- bistå slik at den enkelte pasient får en verdig avslutning på livet

## Begrepsavklaringer og avgrensning

Denne planen omfatter oppfølging og behandling av kreft, palliasjon i kreftomsorgen og forebyggende arbeid i forhold til psykiske belastninger hos kreftpasienter og pårørende. Planen omfatter ikke det generelle forebyggende arbeidet i forhold til kreft.

**Palliasjon** er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (WHO 2011)

## Lovgrunnlag, nasjonale planer og retningslinjer

Følgende lenker gir tilgang til sentrale lovverk, nasjonale føringer og praktiske verktøy:

- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#)
- [Helsepersonelloven](#)
- [Pasient- og brukerrettighetsloven](#)
- [Fastlegeforskriften](#)
- [Sammen - mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017](#)
- [Nasjonalt handlingsplan for kreft 2015-2017](#)
- [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer palliasjon i kreftomsorgen, 03/2015](#)
- [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn, oppdatert 2017](#)
- [Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt - å skape liv til dagene,](#)
- [Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020](#)
- [Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling, 07/13](#)
- [Pakkeforløpet for kreft](#)
- [Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase, 2014](#)



## Omfang av kreft i Norge og Sel, Vågå, Lom og Skjåk

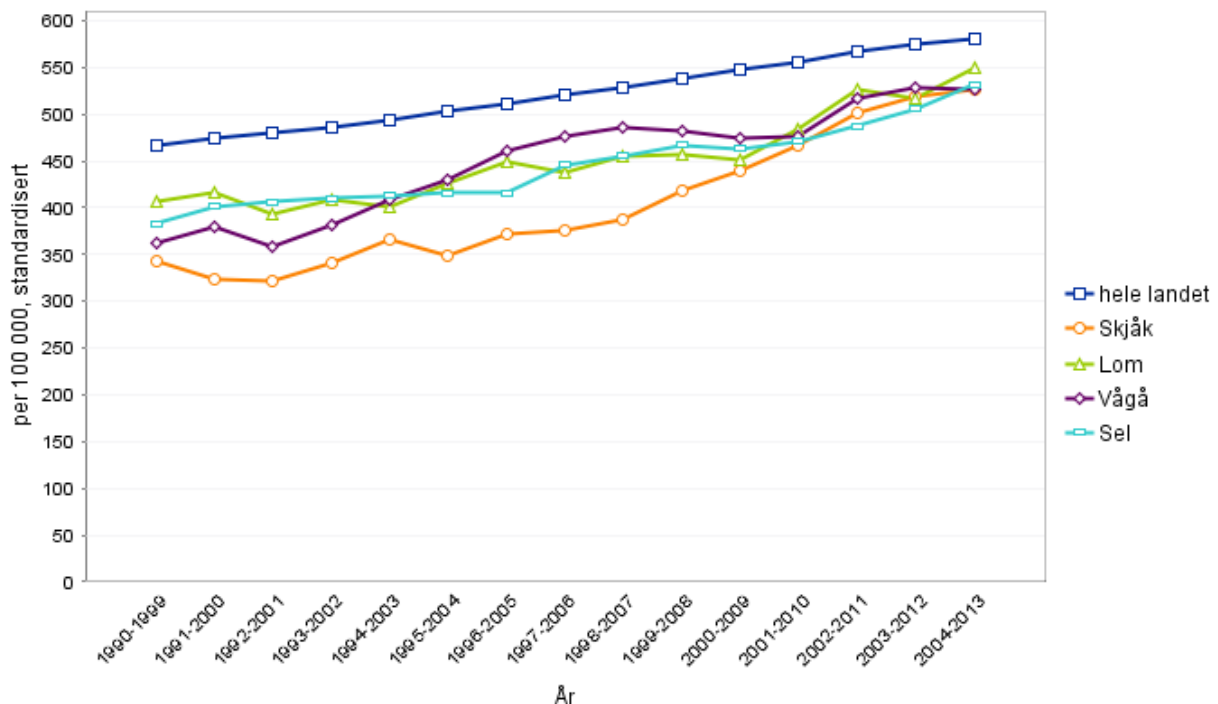
Kreftdødeligheten i Norge har endret seg lite fra 1950 til i dag (dødsfall per 100 000 innbyggere korrigerer for økt levealder). Dette skyldes en kombinasjon av tidligere diagnostisering og bedre behandling. Antall nordmenn som har overlevd eller lever med sin kreftsykdom har økt kraftig i Norge de siste årene. Dette skyldes både at antall diagnostiserte krefttilfeller har økt, men også at folk lever lenger etter en kreftdiagnose (avhengig av kreftform) *Kilde: Folkehelseinstituttet*

Det vil bli stadig mer kreft i Norge i årene fremover, fordi vi blir flere eldre, og risikoen for kreft øker med alderen. Kreftregisteret beregner at antall krefttilfeller vil øke med 42 % blant menn og 27 % blant kvinner fram mot 2030 *Kilde: Kreftregisteret*

**Nye tilfeller av kreft i Sel, Vågå, Lom og Skjåk:** Antall krefttilfeller per 100 000 i etter 1995 har gradvis økt – på lik linje med landet forøvrig. Andelen er nærmest lik i alle fire kommuner og tett opp mot andelen i landet som helhet. I perioden 2004-2013 var det rundt 100 personer i disse kommunene som fikk diagnosen kreft (årlig gjennomsnitt).

Hvis en tar utgangspunkt i 100 personer og bruker tidligere nevnte data fra kreftregisteret på prosentvis økning, vil tallet for nye tilfeller av kreft øke gradvis til ca. 135 årlig i 2030. Dette er et grovt anslag der mange parametre ikke er tatt hensyn til – bl.a. befolkningsnedgang

Diagram: Nye krefttilfeller, 10 års glidende gjennomsnitt, 1999-2013



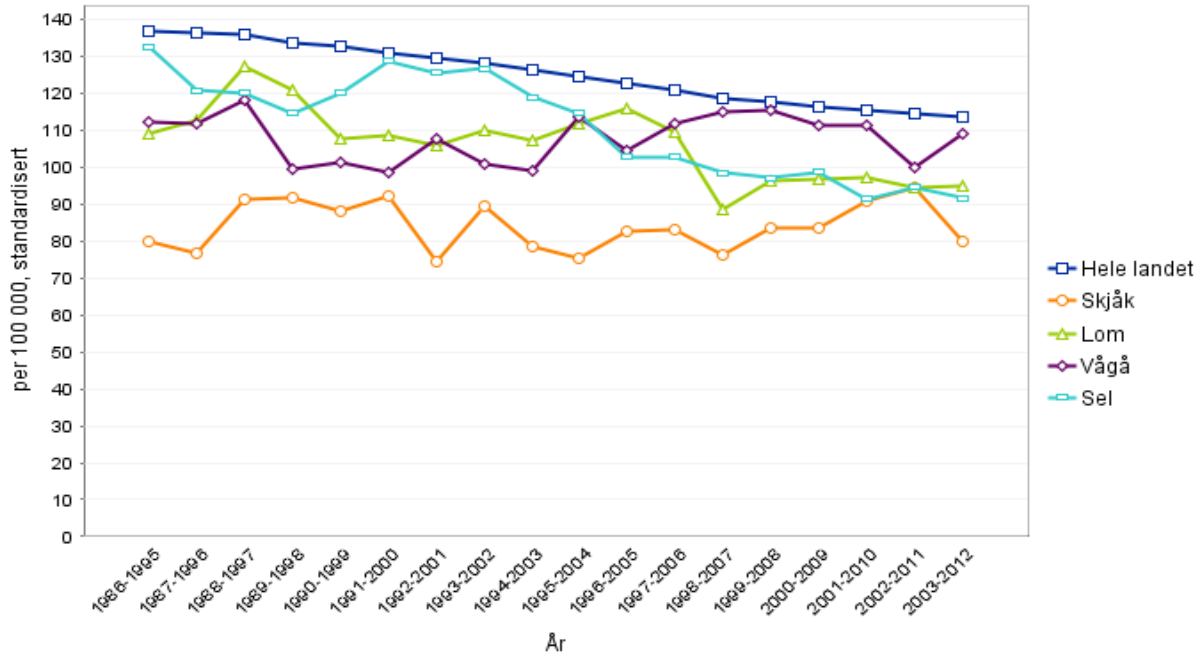
Nye tilfeller av kreft per 100 000 innbyggere per år. Statistikken viser 10 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 10-årsperioder). Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

**Antall som lever med kreft:** Nøyaktig antall personer som lever med kreft i Sel, Vågå, Lom og Skjåk er pr. i dag ikke tilgjengelig. Hvis en tar utgangspunkt i samme andel (ca. 5 %) som hadde eller hadde hatt kreft i Norge i 2014 for innbyggerne i de fire kommunene i 2015, vil det gi over 700 personer som hadde hatt eller hadde kreft i 2015. (Igjen er dette et grovt anslag da andelen på landsbasis ikke er for oppgitt for 2015.)



**Kreftdødelighet, 0-74 år i Sel, Vågå, Lom og Skjåk:** Dødelighet pga. kreft har vært relativt stabil etter 1995. Det er små tall og statistisk vanskelig å vurdere utvikling over tid. Antall dødsfall i årlig gjennomsnitt var rundt 15 personer i de fire kommunene i perioden 2003-2012. *Det er ikke oppgitt tall på dødelighet av kreft over 74 år.*

Diagram: Dødelighet kreft, 10 års glidende gjennomsnitt 1995-2012



Antall døde i aldersgruppen 0-74 år, per 100 000 innbyggere per år, alders- og kjønnsstandardisert. Statistikken viser 10 års glidende gjennomsnitt. Kilde: Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. <http://khs.fhi.no>

**Hjemmedød med kreft:** Kommunene oppgir følgende antall mht pasienter med kreft som har valgt hjemmedød de siste årene:

- Skjåk: 3 personer etter 2012
- Lom: 4 personer etter 2012
- Sel: 6 personer siden 2014
- Vågå: 13 personer siden 2012

## Forutsetninger for å lykkes i kreftomsorgsarbeidet

Kommunen har en rekke utfordringer i kreftomsorgsarbeidet. Forutsetninger for at kommunen skal lykkes i dette arbeidet er bl.a. følgende:

- Erkjennelse politisk og administrativt av kreftomsorgen er et viktig satsingsområde
- Tverrfaglig samarbeid / samhandling internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten
- Ansvarsgruppemøter der alle som er involvert i oppfølging møter
- Planlegge oppfølging i samarbeid med pasientene
- Nødvendig kompetanse - muligheter for regelmessig faglig oppdatering bl.a. gjennom nettverk for kreftkoordinatorer og fokus på kreftomsorgen ved utarbeidelse av kommunes kompetanseplan
- Tilgjengelighet og tid både i forhold til pasienter og kompetanseheving i kommunen
- Stillinger innen helse- og omsorgstjenesten som er definert til kreftomsorg - frikjøpt / fristilt tid for kommunale kreftkoordinatorer



## Det kommunale tjenesteapparatet - ansvar, oppgaver og ressurser

### Ansvar, oppgaver og ressurser

Det er mange tjenester som blir berørt i arbeidet med å sikre god oppfølging av kreftpasienter og deres pårørende – både i og utenfor helse- og omsorgstjenestene. Det forutsetter god samhandling og samarbeid. Videre følger en oversikt over et utdrag av oppgaver i den enkelte kommune og regionalt.

Rådmannen /administrasjonssjefen har det øverste administrative og faglige ansvaret for at kommunen klarer å ivareta sitt ansvar når det gjelder oppgaver relatert kreftomsorgen. Kommuneoverlegen/kommunelege I er medisinskfaglig rådgiver.

Det henvises til veiledere for detaljer i forhold til ansvar og oppgaver.

ANSVARLIG REGIONALT	OPPGAVER
NGLMS: Sengeavdelingen/SI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ivareta pasienter i henhold til prosedyrer for sengeavdeling (bl.a. blodoverføring og palliasjon)</li></ul>
NGLMS: Dialyseavdeling/SI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cytostatikabehandling</li></ul>
Overlege NGLMS (Tilsynslegen i dennes fravær)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medisinskfaglig ansvarlig for behandling på sengeavdelingen NGLMS</li><li>• Kontaktperson til fastlege for pasientene</li></ul>
Regional kreftkoordinator	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prosjektstilling: Det henvises til <a href="#">tiltaksplan for 2017</a>.</li></ul>





ANSVARLIG KOMMUNEN	OPPGAVER
Fastlege	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utrede pasienter med tanke på diagnostisering og følge opp pasientene</li><li>• Ha det medisinskfaglige ansvaret for pasientbehandling</li><li>• Ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle</li></ul>
Kommunal kreftkoordinator *  <i>(* se tiltaksplan med forslag om å endre stillingsbetegnelse for kreftkontakt)</i>	<p><u>Generelt</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Veilede hjemmetjenesten og institusjon ved behov i forhold til individuell oppfølging</li><li>• Delta på generelle kompetansehevende tiltak i egen kommune</li><li>• Delta i det interkommunale nettverk av kreftkoordinatorer</li><li>• Delta på temadager arrangert av sykepleiernettverk for kreftpasienter og andre alvorlige syke</li><li>• Ha kunnskap om relevante tilbud, tjenester og rettigheter (bl.a. økonomiske) for kreftpasienter og pårørende</li><li>• Bidra til å utarbeide og sikre gode rutiner for oppfølging av kreftpasienter og pårørende i kommunene</li><li>• Ta initiativ til refleksjonsgruppe etter utfordrende pasientforløp</li></ul> <p><u>Etter ønske fra pasientene – og i samarbeid med fastlegene eller institusjon</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kartlegge symptomer, tilstand og behov og legge en plan for videre oppfølging</li><li>• Veilede pasienter og pårørende – støtte- og etterlattesamtaler</li><li>• Iverksette tiltak og bidra med oppfølging av pasienter i kommunen</li></ul>
Sykehjem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utøve pleie, omsorg og behandling etter pasientens behov og i henhold til plan for pasienten – i samarbeid med sykehjemslege og ev. kreftkoordinator</li></ul>
Hjemmetjenestene	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dersom kreftkoordinator ikke er tilgjengelig - første kartlegging av symptomer, tilstand og behov og legge en plan for videre oppfølging etter avtale med fastlegen</li><li>• Utøve pleie og omsorg etter pasientens behov og i henhold til plan for pasienten</li></ul>
Tildelingskontor / koordinerende enhet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fatte vedtak utifra kartlagt behov</li><li>• Hjemmebesøk ved behov, for kartlegging og informasjon om aktuelle tjenester eksempelvis omsorgslønn</li></ul>
Barnehage, skole, helsestasjon, barnevernstjeneste	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ivareta barn med kreft eller barn som pårørende i den daglige virksomheten</li></ul>
NAV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ivareta sosiale tjenester</li><li>• Stille med definert saksbehandler med mulighet for telefonkontakt for kreftpasienter med sammensatte og langvarige behov</li></ul>
Psykisk helsetjeneste	<ul style="list-style-type: none"><li>• Følge opp pasienter med kreft etter henvisning, ev. forespørsel eller direkte kontakt</li></ul>
Fysioterapi-tjenesten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandle etter henvisning fra fastlege</li></ul>
Ergoterapi-tjenesten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilrettelegge etter forespørsel fra og samarbeide med kreftkoordinator(er), hjemmetjenesten og andre involverte</li></ul>



## Ressurser i kommunene pr. november 2016

I tillegg til fastlegene som har ansvar for oppfølging av pasienter med kreft, har kommunene pr. i dag en rekke ressurser som er «øremerket\*» i forhold til kreftomsorgen eller som er spesialutdannet inne kreft, men «ikke øremerket\*\*».

Hjemmesykepleien, sykehjemmene og lokalmedisinsk senter har en sentral rolle i oppfølging av pasienter med kreft – ikke minst i livets siste fase.

ANSATTE MED VIDEREUTDANNING I KREFT ELLER PALLIASJON	
<b>Sel</b>	* Kreftkontakt (sykepleier med videreutdanning i palliasjon) i 20 % stilling. Onsdag er frigjort til arbeid som kreftkontakt. Opprettet i 2014. ** En sykepleier på sykehjemmet og virksomhetsleder for hjemmesykepleien i Otta og Heidal har videreutdanning i palliativ omsorg.
<b>Vågå</b>	*Kreftkontakt (kreftsykepleier med videreutdanning palliasjon i tillegg)i 20 % stilling organisert i hjemmetjenesten. Onsdag er frigjort til arbeid som kreftkontakt. Nyopprettet i 2012, men har også eksistert noen år tidligere. **En sykepleier og en hjelpepleiere i hjemmetjenesten og to hjelpepleiere på sykehjemmet med videreutdanning i palliasjon.
<b>Lom</b>	*Kreftkontakt (sykepleier med videreutdanning i palliasjon) i 20 % stilling organisert i hjemmetjenesten. Onsdag er frigjort til arbeid som kreftkontakt. Opprettet i 2012 **En sykepleier i hjemmetjenesten med videreutdanning i palliasjon og en kreftsykepleier på sykehjemmet.
<b>Skjåk</b>	*Kreftkontakt (kreftsykepleier) i 20 % stilling organisert i hjemmetjenestene. Onsdag er frigjort til arbeid som kreftkontakt. Opprettet i 2012 **En sykepleier med videreutdanning i palliasjon på sykehjemmet.
<b>NGLMS</b>	*Kreftkoordinator (kreftsykepleier) i 100 % prosjektstilling i 2017 organisert under NGLMS - for Sel, Vågå, Lom og Skjåk. **En hjelpepleier og to sykepleiere på sengeavdeling med videreutdanning i palliativ omsorg. (Den ene sykepleieren er på legevakta og sengeavdelingen.)

Det er opprettet et klinisk samarbeidsutvalg - et sykepleienettverk for kreftpasienter og andre alvorlig syke med følgende mål: «Kvalitetssikre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten slik at kreftpasienter og andre med alvorlig sykdom og deres pårørende opplever trygghet og kontinuitet, samt høyne den sykepleiefaglige kvaliteten innen fagfeltene.»







## Eksterne samarbeidspartnere og ressurser

For innbyggerne finnes det i tillegg til kommunene en lang rekke tjenester/instanser som jobber med behandling og oppfølging av pasienter som har fått kreft. Flere av disse tjenestene er sentrale samarbeidspartnere for kommunen. Dette kapittelet gir en oversikt over en rekke samarbeidspartnere, men listen er ikke uttømmende.

### SPECIALISTHELSETJENESTER

- [Sykehuset Innlandet](#) (0620)
  - Alle avdelinger er aktuelle samarbeidspartnere, men følgende er spesielt viktige:
    - [Kreftenheten i indremedisinsk divisjon, Lillehammer](#)
    - [Palliativt team](#)
    - [Stråleterapien på indremedisinsk avdeling, Gjøvik](#)
    - Vakthavende anestesilege
    - Distriktpsykiatrisk senter og BUP
- [Oslo universitetssykehus \(Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål\)](#) (02770)

### REHABILITERINGSTJENESTER

- [Montebello](#) er en nasjonal helseinstitusjon for kreftpasienter og deres pårørende. Formålet er å gi hjelp til livsmestring.
- [Ringens Rehabiliteringssenter](#) er et privat rehabiliteringssenter som har avtale med Helse Sør- Øst RHF om drift av 37 rehabiliteringsplasser. I tillegg tar de i mot private rehabiliteringspasienter uten henvisning.
- [Steffensrud Rehabiliteringssenter](#) tar imot pasienter med behov for aktiv rehabilitering. Senteret har avtale med Helse Sør-Øst RHF og er en del av spesialisthelsetjenesten i denne regionen.
- [Landaasen](#) har tilbud til de som har eller har hatt en kreftdiagnose og har behov for rehabilitering. Det kan være etter nylig gjennomgått behandling eller ved fysiske eller psykiske senplager etter sykdom.

### TROSSAMFUNN

- [Den norske kirke](#) – lenke til navn og telefoner for prester i Nord-Gudbrandsdal
- [Trossamfunn i Norge](#) – en oversikt fra Fylkesmannen.no

### PASIENTFORENINGER / ORGANISASJONER

- [Kreftforeningen](#) jobber for å forebygge og bekjempe kreft samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende. Deres mål er:
  - Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging og gode pasientforløp.
  - Flere skal bli friske eller leve lenger med kreft.
  - Bedre livskvalitet for pasienter og pårørende.
  - En mer brukerorientert kreftomsorg.
- [Ungkreft.no](#): Ung Kreft er en selvstendig, landsdekkende organisasjon drevet på frivillig basis av unge som selv har opplevd kreftsykdom. Ung Kreft er tilknyttet Kreftforeningen gjennom en samarbeidsavtale. Ung Kreft har som formål å:
  - arrangere likepersonersaktiviteter sentralt og lokalt
  - spre kunnskap om unge berørt av kreft
  - jobbe politisk for å fremme unge berørt av kreft sine interesser

### ANDRE SAMARBEIDSPARTNERE

- Familievernkontoret, arbeidsgivere, bedriftshelsetjenester, bank og forsikring



## Tiltaksplan 2017

Alle tiltakene bidrar til å innfri formål med handlingsplanen. Handlingsplanen utarbeides bare for 2017. Når situasjonen i forhold til organisering av kreftomsorgen er avklart, bør det ev. utarbeides tiltaksplan for de neste årene.

Alle oppgavene forutsettes løst innenfor ordinært budsjett. Første punkt forutsetter økning i lønnskostnader i budsjettet fra 2016 til 2017 – og må behandles før 2017.

TILTAK	FRIST	ANSVAR
*Vurdere økning av fristilt stilling for kreftkontakt og endre stillingsbetegnelse til kommunal kreftkoordinator: <ul style="list-style-type: none"><li>• Skjåk: Fra 20 til 25 %</li><li>• Lom: Fra 20 til 25 %</li><li>• Vågå: Fra 20 til 35 %</li><li>• Sel: Fra 20 til 50 %</li></ul>	Desember 2016	Administrativ ledelse i den enkelte kommune
*Vurdere samarbeid om stilling som kreftkoordinatorer på tvers av kommunegrenser	Våren 2017	Kommunalsjefer i aktuelle kommuner
*Utarbeide interkommunale arbeidsavtaler for kreftomsorgen	Våren 2017	Kommunalsjefer i aktuelle kommuner
Oppdatere og signere kontrakt for kommunal kreftkoordinator	Vår 2017	Nærmeste ansvarlig leder
Veiledere for en del områder innen kreftomsorgen ble utarbeidet i 2016 - implementere i kommunen	2017	Kommunal kreftkoordinator med bistand fra regional kreft-koordinator
Sitte i referansegruppe ei prosjektet «Strålebehandling for eldre» Gjennomføre samtaler med pasienter – ca. 15 minutter x 3 pr. pasient. Forventet 1-2 pasienter pr år. Felles samhandling med Jordhøy på Lillehammer	2017  Jan. 2017	Kommunal kreftkoordinator
Implementere CSNAT i kommunene	Høsten 2017	Kommunal kreftkoordinator
Utarbeide mandat for ev. videreføring av kreftkoordinatornettverket	Desember 2017	Kommunal kreftkoordinator
Utarbeide en plan for veiledning av aktuelle ansatte i kommunen	Desember 2017	Kommunal kreftkoordinator
Utarbeide prosedyre for når det skal fattes vedtak mht oppfølging fra kreftkoordinator av pasienter med kreft		Tildelingskontor/koordinerende enhet i samarbeid med kreftkoordinator
Vurdere videreføring av veiledere for kreftomsorgen	Desember 2017	Regional og kommunale kreftkoordinator

\* Ref. rapport «Vurdering av og forslag til organisering av kreftomsorgen i Nord-Gudbrandsdal», datert 20.09.16 lagret på «Region felles /6K helse/Referat og vedlegg 14.09.16».



## Tiltaksplan regional kreftkoordinator 2017

TILTAK	FRIST
Gjennomføre generelle kompetansehevende tiltak etter ønske og behov i den enkelte kommune	Fortløpende
Lede nettverk for kreftkoordinatorer i 4K	Fortløpende
Delta på fagdager i regi av sykepleierettverket for kreftpasienter og andre alvorlige syke	Fortløpende
Arrangere fagdag for helsepersonell: Palliasjon, symptomlindring, etisk refleksjon rundt dødssted	Høsten 2017
Ha undervisning på apotekene i 4K: Medikamentbruk i palliasjon	Våren 2017
Ha fellesundervisning (institusjon, hjemmetjeneste og legekantor) i alle kommunene: Medikamentskrin	Vår 2017
Bistå de kommunale kreftkoordinatorerne med implementering av kommunale veiledere innen kreftomsorgen	2017
Utrede og definere behovet for antall palliative enheter/senger på kommunalt nivå og beskrive nødvendig kompetanse på disse	2017
Delta i prosjektgruppe «Strålebehandling til eldre»	Fortløpende
Veilede kommunale kreftkoordinatorer og bidra med veiledning til hjemmetjenesten og institusjon ved behov	Fortløpende
Bistå med kartlegging av symptomer, tilstand og behov og utarbeidelse av plan for videre oppfølging	Fortløpende
I samarbeid med ansvarlige i kommunehelsetjenesten - veilede pasienter og pårørende – gjennomføre støtte- og etterlattesamtaler	Fortløpende
Bistå med å iverksette tiltak og bidra med oppfølging i kommunene etter ønske og behov	Fortløpende
Bistå med utarbeidelse av plan ved ev. overføring fra NGLMS til kommunene ved behov	Fortløpende
Ta initiativ til refleksjonsgruppe etter utfordrende pasientforløp	Fortløpende
I komplekse saker – etter ønske i kommunen - ha en koordinerende rolle i forhold til pasienter og pårørende og legge til rette for behandling og lindring ved sammensatte behov	Fortløpende
Samarbeide med fastlegene, kommunale kreftkoordinator, tilsynsleger og spesialisthelsetjenesten	Fortløpende
Bistå med etablering av grupperettede tiltak for pasienter og pårørende etter ønske fra kommunene	Fortløpende
Bistå kreftkoordinatorerne med en plan for veiledning av aktuelle ansatte	Desember 2017

Kostnadene skal være innenfor rammen av budsjettet budsjett regionalt og i den enkelte kommune. 40 % av lønnsmidler (ved oppstart) dekkes av kreftforeningen.