



NARVIK
KOMMUNE

Handlingsplan for kreft og lindring 2025-2028



1.0 Innledning	3
1.1 Formål med planen	4
1.2 Forankring	4
1.3 Bakgrunn.	6
Forekomst av kreft i befolkningen.	6
2.0 Statistikk	7
3.0 Forebyggende arbeid og risikofaktorer	8
3.1 Risikofaktorer	8
4.0 Kreftkoordinator/Kreftsykepleier	8
5.0 Dagens kompetanse i kommunen	9
5.1 Hjemmesykepleien	10
5.2 Institusjon	10
5.2.1 Ballangen sykehjem.	10
5.2.2 Furumoen sykehjem.	10
5.2.3 Ellas Minne	10
5.2.4. Helsehuset	10
5.2.5 Prestegårdstunet sykehjem, Kjøpsvik.	11
5.3 Ressurssykepleiere og kreft team på de ulike enhetene	11
6.0. En brukerorientert kreftomsorg.	11
6.1. Kreftpasienten og deres pårørende.	11
6.2. Brukermedvirkning og hva er viktig for deg?	12
6.3 Fastlegen.	13
6.4 Spesialisthelsetjenesten	13
6.5 Pakkeforløp hjem	14
6.7 Kreftforeningen	14
6.8 Rehabilitering	15
6.9 Forberedende samtale/Forhåndsamtale	15
6.10 Palliativ plan	16
6.11 Hjemmedød	16
6.12 Pårørende	17
6.13 Frivillighet	17
6.14 Likepersoner	18
6.14 Barnepalliasjon	19
6.15. Fremtidens behov for kompetanse	19
6.17 Innsatstrapp for kreftomsorgen	20
7.0 Tiltaksplan	21
8.0 Referanseliste	23

1.0 Innledning

Plan for kreft og lindring er en handlingsplan for Narvik kommune innen Helse og omsorg 2025-2028.

I 2020 ble Narvik en ny kommune, der Narvik, Ballangen og Kjøpsvik er slått sammen. Dette gir nye utfordringer i jobben med kreftpasienter på kommunalt nivå. I kommunen er det ca 22 000 innbyggere spredt utover et langstrakt område. I veglengde er det ca 19 mil mellom ytterpunktene. Alle innbyggere i kommunen har lik rett på tjenester og lik rett på verdig behandling ved sykdom.

Narvik kommune skal være et godt samfunn å leve i, også for kommende generasjoner. Alle innbyggerne skal oppleve trygghet, mestring og ha flere aktive leveår med god helse. Vi skal også ta i bruk nye metoder, bedre utnyttelse av de ressursene vi har, kompetanseheving og bruk av velferdsteknologi. Dette vil bidra til en effektivisert tjeneste og bedre tjeneste for brukeren.

Narvik kommunes verdigrunnlag utgjør tre kjerneverdier: *Nytenkende-raus og stolt.*

Narvik kommunes helse og omsorgsplan, strategi mot 2035 har som hovedmål at helse- og omsorgstjenesten er bærekraftig, preget av kvalitet, tilgjengelighet og økonomisk effektivitet samtidig som den er fleksibel nok til å kunne endre seg i takt med nye utfordringer og endrede behov.

Narvik kommune ønsker at befolkningen skal motta koordinerte innovative og gode tjenester som utøves med respekt og verdighet for den enkelte.

Kommunens mål for kreftomsorgen:

- Styrke fagkompetansen innen kreft og lindring.
- Pasienten skal oppleve trygghet og at tjenestene er faglig gode.
- Samordnede og helhetlige tjenester, preget av kontinuitet, levert på en faglig god måte i godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Pårørende til kreftpasienter skal sikres oppfølging fra hjelpeapparatet og med særlig oppmerksomhet mot barn som pårørende.

1.1 Formål med planen

Hensikten med denne planen er at den skal sikre sammenheng og styring, være veiledende, prioritere, samt planlegge den kommunale kreftomsorgen. Det skal være konkrete mål for hvordan fagkompetansen kan styrkes innen kreft og lindring i Narvik kommune, samt gi oss et verktøy for å arbeide videre for å sikre en bedre oppfølging fra helsetjenesten.

Kreftkoordinator i Narvik kommune, Britt-June Kuraas, har fått hovedansvaret for å revidere og utarbeide en ny plan for kreft og lindring. Dette i tett samarbeid med kreftkoordinator/kreftsykepleier i Ballangen/Kjøpsvik, Anniken Framvik Arntzen. Under arbeidet er planen sendt ut til enhetsledere/fagledere i hjemmetjenesten og institusjoner i hele kommunen for innspill. Også kommunalledere har deltatt med overordnede innspill. Kreftforeningen har kommet med tilbakemeldinger på planen. Planperioden er 2025-2028. I mellomtiden skal dette være et levende dokument.

1.2 Forankring

Denne planen er forankret i Narvik kommunes Helse- og Omsorgsplan, strategi mot 2035.

Samhandlingsreformen (st.meld.47) startet i 2012. Reformen medførte at flere oppgaver som tidligere ble utført i sykehuset, nå utføres i kommunene. Flere kreftpasienter får poliklinisk behandling. Dette medfører ekstra oppmerksomhet og behovet for rett kompetanse i kommunene. Befolkningen skal tilbys behandling og omsorg på lavest mulig nivå- det vil si at oppgaver som kan utføres i primærhelsetjenesten bør utføres her, og at oppgaver som ivaretas av spesialisthelsetjenesten bør foregå der. De involverte må kunne forvente å møte et helsevesen med kunnskap, evne til respekt og kommunikasjon.

St.meld 24 (2019-2020) er klar på at døden er en del av livet og at pasienten skal bli hørt, forstått, inkludert og respektert. Spørsmålet "*hva er viktig for deg*" skal være en sentral del av pleie og omsorg.

St.Meld har satt opp noen klare mål:

- Døden skal synliggjøres som en del av livet.
- De som har behov for det skal få tilgang til lindrende behandling og omsorg.
- Det skal legges til rette for best mulig livskvalitet og valgfrihet i lindrende behandling og omsorg. Det skal være valgfrihet til å bestemme hvor man ønsker å dø, også om man ønsker å dø hjemme.

Ny Nasjonal kreftstrategi (2025-2035)

Felles innsats mot kreft har fem målområder:

- Norge skal være et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse.
- Norge skal være et foregangsland for gode pasientløp.
- En mer brukerorientert kreftomsorg.
- Flere skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft.
- Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende.

Disse målområdene er lik prioriteringen i EUs kreftplan.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/felles-innsats-mot-kreft.-nasjonal-kreftstrategi-20252035/id3087629/?ch=1>

Kompetanseløftet 2020 består blant annet av en satsing på kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Målet er å styrke tjenestetilbudet i omsorgstjenestene og bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner. Narvik kommune har kommunale kompetanse- og innovasjonsmidler.

FN's bærekraftsmål nr. 3 er beskrevet som å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. Dette bærekraftsmålet gjelder også for kreftrammede. Ved å imøtekomme dem med "Hva er viktig for deg nå", vil helsepersonell være bedre rustet til å hjelpe kreftrammede å fremme livskvalitet i en vanskelig hverdag.

Behandlingsforklaringer ved begrenset forventet levetid (2025)

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQbfxmMCBjvjPHMhWPnjVqdGwQZ?projector=1&messagePartId=0.3>

Denne veilederens hovedmål er å bidra til at pasienter med begrenset forventet levetid får tilpasset sin behandling etter individuelle forutsetninger, ønsker og behov, samtidig som ressursene i helse- og omsorgstjenesten brukes på en hensiktsmessig måte.

Dette innebærer at kommunene må bidra til riktig behandling, inkludert lindrende behandling gjennom hele sykdomsforløpet og i livets slutfase. Dette forutsetter at det blir sørget for nødvendige behandlingsavklaringer når pasienten har begrenset forventet levetid.

Veilederen fokuserer på prinsippet om velgjørenhet, som innebærer å behandle med mål om livsforlengelse og/eller bedre helse, økt livskvalitet og lindring for pasienten. Å forlenge livet er ikke nødvendigvis i pasientens interesse dersom dette medfører økt eller forlenget lidelse. Nyttan av et sykehusopphold, utredning og behandling må oppveie eventuell risiko og belastning for pasienten. Når målet med behandlingen ikke lenger er helbredelse, men livsforlengende og lindring, bør belastende medisinske inngrep og prosedyrer unngås, med mindre dette er åpenbart godt begrunnet i tråd med pasientens ønsker og at pasienten får økt livskvalitet. Forhåndssamtaler kan bidra til mange avklaringer tidlig i et sykdomsforløp.

1.3 Bakgrunn.

Forekomst av kreft i befolkningen.

Ifølge ny kreftstrategi er den viktigste årsaken til veksten i antall nye krefttilfeller i Norge både at befolkningen øker, og at andelen eldre i befolkningen øker. Risikoen for kreft øker med stigende alder. Tre av fire krefttilfeller blir diagnostisert hos kvinner og menn over 60 år. Antall nye krefttilfeller vil fortsette å øke i årene som kommer. I 2040 vil vi ha 50 000 nye tilfeller per år. Da må vi sørge for at den gode kvaliteten i norsk kreftomsorg blir enda bedre.

Over 330 000 personer lever i Norge med kreft eller har hatt kreft. Ifølge FHI <https://www.fhi.no/publ/2025/cancer-in-norway-2024/> er det registrert 38811 nye krefttilfeller i Norge i 2024, sammenlignet med 34979 nye tilfeller i 2019.

Hovedårsaken er økt levealder og større befolkning, bedret prognose både som følge av tidlig diagnostikk og screening, og bedret behandling. Kreft er hyppigere blant menn enn blant kvinner. (kreftregisteret).

Risikoen for å få kreft øker med alderen, og mer enn 85 prosent av krefttilfellene hos kvinner, og 90 prosent hos menn oppstår etter 50 års alder. Testikkelkreft og livmorhalskreft er blant de få kreftformene som opptrer hyppigst i yngre aldersgrupper. Antall krefttilfeller er økende og vil fortsette å øke framover. Hovedårsakene er økt levealder og større befolkning. Livsstilsfaktorer som overvekt, lav fysisk aktivitet og tobakksrøyking er også blant årsakene som forklarer økningen i krefttilfeller (Folkehelseinstituttet).

Ifølge Kreftforeningens utspill i den nye kreftstrategien vil denne økningen i krefttilfeller øke presset på en allerede presset helsetjeneste, som igjen vil utfordre oss til å tenke nytt, handle raskere og samarbeide bedre. Vi ser at forskning går fremover og KI gir oss verktøy som revolusjonerer både diagnostisering og behandling. Mulighetene er store for fremtidens kreftbehandling. Dette fordrer at vi sikrer de beste vilkår for forsknings- og innovasjonsmiljøer, at helsetjenesten beholder og satser på dyktige helsepersonell, og at det videre blir sikret lik tilgang til de beste behandlingsformene for alle som rammes av kreft.

På nasjonale og lokalt nivå må det sikres sømløse overganger mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, slik at ingen pasienter faller mellom to stoler.

Mer poliklinisk behandling og kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten fører til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten tar hånd om flere og sykere kreftpasienter enn tidligere.

2.0 Statistikk

Det er ifølge FHI registrert 38811 nye krefttilfeller i 2024 i Norge.

Ifølge kreftregistret er det følgende registrerte krefttilfeller i Narvik kommune.

Insidens Narvik 2024:

Kreftform	Kjønn	2024
All kreft	kvinner	75
All kreft	menn	95

Prevalens per 31.12.2024 Narvik kommune.

Antall år etter diagnose:

Kjønn	Mindre enn 1 år	1 - 4 år	5 - 9 år	10 år +	Totalt antall personer
Kvinner	47	203	183	321	754
Menn	65	200	178	251	694

<https://www.fhi.no/kreft/statistikk/>

Statistikk over kreft og lindrende pasienter som er meldt til kommunen 2024:

Sted	Totale antallet i løpet av 2024
Narvik og Bjerkvik	84
Ballangen og Kjøpsvik	35

3.0 Forebyggende arbeid og risikofaktorer

Det finnes ingen garanti mot å utvikle kreft, men det er noen valg som kan redusere risikoen. Det viser seg at minst ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levestilen vår. (Kreftforeningen.no)

Kommunen har en **Friskliv- og mestringstjeneste** som er en forebyggende og helsefremmende tjeneste. De legger vekt på en helhetlig tilnærming i arbeidet med å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. De hjelper i gang med fysisk aktivitet, veileder for tobakkslutt og søvnhygiene. De har kurs og oppfølging med lette psykiske plager, som lett depresjon og utbrenthet.

<https://www.narvik.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/helsehjelp/friskliv-og-mestringstjenesten/lar-deg-styrketrening/>

3.1 Risikofaktorer

Det er mange ulike risikofaktorer for å utvikle kreft. Flere av disse risikofaktorene kan vi påvirke selv gjennom livsstil og valg vi gjør i hverdagen. Dette handler blant annet om tobakk, fysisk aktivitet, kosthold, solvaner, vaksiner, beskyttelse mot farlige og kreftfremkallelende stoffer.

Se nærmere omtale av de ulike risikofaktorene på kreftforeningens hjemmeside.

<https://kreftforeningen.no/forebygging/>

4.0 Kreftkoordinator/Kreftsykepleier

Narvik kommune har 100% kreftkoordinator i Narvik og Bjerkvik og 80 % kreftkoordinator/kreftsykepleier i Ballangen og Kjøpsvik. Kreftkoordinator og kreftsykepleier er en viktig ressurs og skal være lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og aktuelle samarbeidspartnere som spesialisthelsetjenesten, fastleger, institusjoner, hjemmesykepleien, ergo/fysioterapi.

Kreftkoordinatoren skal bidra til et bedre tjenestetilbud til kreftpasienter og deres pårørende, og koordinerer tjenestetilbudet til den enkelte kreftpasient. Dette skal bidra til at pasient og pårørende opplever kontinuitet, trygghet og tett oppfølging i sykdomsforløpet. Kreftkoordinator bør ha kjennskap til folkehelsearbeid og iverksette tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom, samt bidra i kommunenes plan- og rutinearbeid for å sikre at pasienter og pårørende får en god faglig oppfølging.

En annen viktig oppgave som ligger til kreftkoordinator rollen er å gi veiledning og internundervisning til helsepersonell i kommunen for å øke kompetansen hos de som utfører tjenestene. Kreftkoordinator skal også legge til rette for frivillig initiativ i forhold til kreft.

5.0 Dagens kompetanse i kommunen

Enhet	Videre- utdanning innen Kreft sykepleie 60 stp	Videre utdanning innen palliasjon/ smertelindri ng. 15 stp/30 stp	Videre utdanning innen lindring Helsefag arbeidere.	Kurs via USHT i Lindrende behandling
Tildelings kontor	2			
Helsehuset		1 under utd.		8
Furumoen sykehjem				11
Ellas Minne	1 under utdanning	3	1	6
OBS			1	
Ballangen sykehjem			1 under utdanning	10
Kjøpsvik sykehjem				8
Hjemme sykepleien				
Sone 1		1		
Sone 2				
Sone 3		1		
Bjerkvik				
Ballangen		2		5
Kjøpsvik		2	1	6
Fastleger				

5.1 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien tilbyr tjenester slik at kreftpasientene kan bo hjemme så lenge som mulig, samt om ønskelig få dø hjemme. Ivaretagelse av alvorlig syke pasienter i hjemmet krever tett samarbeid mellom pasient, pårørende, fastlege, kreftkoordinator og hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien har **ressurssykepleiere** innen kreft/lindring, samt flere sykepleiere med lang og god erfaring innen kreftomsorg.

5.2 Institusjon

5.2.1 Ballangen sykehjem.

Ballangen sykehjem har to lindrende senger.

Avdelingen med lindrende senger har sykepleiere med god erfaring innen lindrende behandling.

Kreftkoordinator/kreftsykepleier med ansvar for Ballangen og Kjøpsvik deltar på visitt ukentlig, samt har ekstra tilsyn etter behov.

5.2.2 Furumoen sykehjem.

Furumoen sykehjem er en institusjon med langtidsplasser.

5.2.3 Ellas Minne

Ellas minne har to lindrende senger. Kreftkoordinator deltar på visitt etter behov.

Avdelingen med lindrende senger har sykepleiere med god erfaring innen lindrende behandling. Ellas Minne har tre sykepleiere med videreutdanning innen palliasjon, samt en som er under utdanning i kreftsykepleie.

Flere ansatte har deltatt på samisk språkkurs, samt noe kompetanseheving vedrørende kultur og behandling i livets slutfase i samisk perspektiv.

5.2.4.Helsehuset

Helsehuset har 3 lindrende plasser. Når Helsehuset åpner alle sine 40 korttidsplasser, vil det være totalt 6 lindrende plasser på Helsehuset. Her arbeider det sykepleiere med lang erfaring og kompetanse innen kreftomsorg og lindring. En sykepleier er under videreutdanning innen palliasjon.

Kreftkoordinator deltar på ukentlig visitter på Helsehuset, samt ekstra tilsyn gjennom uken etter behov.

5.2.5 Prestegårdstunet sykehjem, Kjøpsvik.

Prestegårdstunet sykehjem er en institusjon med langtidsplasser.

5.3 Ressurssykepleiere og kreft team på de ulike enhetene

Flere enheter har etablert egne kreft team. Sykepleierne i kreft teamet betegnes som ressurssykepleiere. Ofte har disse sykepleiere et særlig ansvar for alvorlig syke kreft og lindrende pasienter i enheten. Ressurspersoner innen kreft og lindring deltar i et nettverk i regi av Lindring i Nord, som er en regional kompetansetjeneste for lindrende behandling (Lindring i Nord).

Det er naturlig at sykepleiere som videreutdanner seg innen kreft/ lindring blir med i nettverket av ressurssykepleiere i kommunen. Enhver enhet velger ut sine ressurssykepleiere etter kompetanse og interesse.

Fagteamets rolle i enheten er å ha et særskilt ansvar for å holde seg faglig oppdatert og videreformidle dette ut til andre ansatte i enheten, f.eks. gjennomføre faglunsjer og anbefale og legge til rette for e-læringskurs. Teamet har ansvar for at enheten har oppdaterte rutiner og retningslinjer for å sikre kvalitet i tjenestene vi gir til denne pasientgruppen.

Ressurssykepleierne vil være en viktig ressurs i pleie og omsorg av kreft og lindrende pasienter i institusjon og i hjemmebaserte tjenester. De har også tett samarbeid med kreftkoordinator i kommunen

6.0. En brukerorientert kreftomsorg.

6.1. Kreftpasienten og deres pårørende.

Kreftpasienter møter mange utfordringer ved å få en kreftdiagnose. Pasientens opplevelse av ulike faser i sykdomsforløpet vil være individuelt og henger sammen med både alder og livssituasjon. Kreft rammer ikke bare den enkelte person, men hele familien. Å være pårørende til en person med en livstruende sykdom kan være svært krevende. Den nye rollen kan føre med seg sårbarhet, slik at den pårørende selv kan ha behov for hjelp og støtte.

Barn og unge som pårørende kan gi spesielle utfordringer og krever god planlegging rundt den syke, samt en tverrfaglig tilnærming. Dokumentert forskning viser at det kan få alvorlige konsekvenser for barn med alvorlig syke foreldre/søsken. Forskningen medførte endringer i Helsepersonelloven §10a (2012), som gir helsepersonell en plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn, som er pårørende til foreldre eller søsken med alvorlig sykdom. Loven skal sikre at helsepersonell bidrar til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige pårørende kan ha.

Narvik kommune har utarbeidet kartleggingsverktøy som skal brukes i møte med barn som pårørende. Vi kan tilby dem samtaler og oppfølging fra kreftkoordinator, helsesøstertjenesten og psykisk helseteam for barn og unge.

SMIL grupper er et lærings- og mestringstilbud for barn og unge som har forelder med psykisk sykdom, rusproblemer eller alvorlig sykdom. Gruppetilbudet er et forebyggende og helsefremmende tiltak. Utfordringen har vært at gruppene er aldersbestemt og oppstart kan forekomme etter den alvorlig syke forelderen er død. Det er ikke da mulig for barnet å delta i SMIL-gruppen. Narvik kommune har som mål å opprette sorggrupper for barn og voksne pårørende i samarbeid med prestetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en pårørende strategi. Formålet med den nye strategien er å løfte frem pårørendes rolle og situasjon, peke på utfordringer og gi en retning for det videre arbeidet.

Narvik kommune arbeider med å imøtekomme pårørendes utfordringer og deres behov. I forhold til alvorlig syke og døende pasienter vil pårørendes rolle være sentral. Deres behov kartlegges fortløpende og ivaretas med samtaler og tjenester i hjemmet, samt korttidsopphold i institusjon.

Narvik kommune skal utarbeide en egen pårørendestrategi i 2025.

6.2. Brukermedvirkning og hva er viktig for deg?

God kvalitet forutsetter at pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. Dette krever at pasienten blir sett og tatt på alvor. Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå, gjennom medvirkning i politikkkutforming, påvirkning på systemnivå (opprettelse av brukerutvalg) og på individnivå. Brukermedvirkning skal bidra til kvalitet i tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet.

Et godt samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen og sykehus er spesielt viktig i begynnelsen av kreftbehandlingen. Mange kreftpasienter vil komme til å benytte seg av kommunens tjenester. Det er derfor viktig med fokus på et godt tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser og spesialisthelsetjenesten. Kreftpasienter skal kunne forvente å møte et helsevesen med kunnskap, evne til respekt og kommunikasjon. Målet er at pasienten får ivaretatt grunnleggende behov, føle trygghet og får mulighet til et aktivt og godt liv.

Narvik kommune er opptatt av å ivareta din rett til brukermedvirkning. Kartlegging av hjelpebehov vil derfor ha spørsmålet "[Hva er viktig for deg](#)" som utgangspunkt. Kreftkoordinator og saksbehandler kartlegger ved første hjemmebesøk "Hva er viktig for deg", og tar det med som utgangspunkt videre.

6.3 Fastlegen.

Fastlegen eller en annen lege er den første pasienten vil gå til når vedkommende oppdager noe som ikke er som det skal. I kreftbehandlingen er fastlegen sentral, som pasientens behandler og som er bindeledd mot sykehus, ulike kommunale tjenester og NAV. For å redusere system-forsinkelser i diagnostisering og igangsetting av behandling er det innført nasjonale pakkeforløp for kreft. Pakkeforløpene inneholder anbefalinger om alt fra kvalitetskrav, roller, ansvar, organisering, forløpstider for utredning, behandling, oppfølging og dialog med pasient og pårørende.

Flere personer overlever kreft og må leve med senskader. «Pakkeforløp hjem» skal sikre at rehabilitering og psykososial oppfølging er en del av tilbudet til pasienter, som trenger det når de kommer hjem til kommunen. Det er viktig at fastlegen er oppdatert og har kontakt med pasienten gjennom hele forløpet. Dette for å sikre gode pasientforløp gjennom å trygge og ivareta pasienten. For de kreftpasientene som ikke kan kureres, har fastlegen en svært viktig rolle i lindrende behandling mot livets slutt. Dette gjelder alle palliative pasienter. Fastlegen er avhengig av et godt samarbeid med alle fra helsevesenet som er involvert i pasienten. Dette vil ofte være kreftkoordinator, hjemmesykepleien, fysio- og ergoterapitjenesten og palliativt team på UNN.

Narvik kommune har ingen fastleger med videreutdanning innen kreft/palliasjon. Det er opp til hver enkelt fastlege å holde seg oppdatert innen fagfeltet. I Narvik kommune erfarer vi at det er ulik kompetanse hos fastlegene og det varierer hvor tilgjengelig fastlegene er i de forskjellige pasientforløpene. Kreftkoordinatorene og hjemmesykepleien må i dag forholde seg til mange ulike fastleger. Det er behov for å organisere dette på en annen måte. Narvik kommune har behov for en fastlege med videreutdanning i palliasjon i 50 % stilling. Lege i denne stillingen vil da samarbeide tett med UNN og kreftkoordinatorene. Narvik kommune vil kunne gi en bedre behandling, oppfølging og lindring til kreft og lindrende pasienter i hjemmet.

6.4 Spesialisthelsetjenesten

Ved UNN Narvik finnes kreftpoliklinikken, som tilbyr cellegiftbehandling, råd og veiledning i forhold til plager og symptomer som kommer som en følge av kreftsykdommen. Her gir de informasjon om hjelpeapparatet, støtteordninger og rettigheter pasienten har. De gir tilbud om individuelle samtaler og samtaler med pasient og pårørende. Kreftpoliklinikken består av to kreftsykepleiere. I tillegg har de to sykepleiere under videreutdanning.

UNN Narvik har også et palliativt team som består av en kreftsykepleier og en sykepleier. Spesialisthelsetjenesten samarbeider med onkologer(kreftlege) fra Universitetssykehuset (UNN), forløpskoordinator og kreftkoordinator, og sikrer at pasientene får et godt medisinsk tilbud for utredning og behandling av kreft, innenfor de tidsrammene som myndighetene har satt i pakkeforløpet. Det er ukentlige fysiske samarbeidsmøter mellom palliativt team og kreftkoordinator i kommunen. Her blir det gitt informasjon om inneliggende pasienter som skal ha videre oppfølging i kommunen. Det blir også gitt råd om pasienter som kreftkoordinator følger opp i kommunen. Det kan også tas opp generelle problemstillinger angående lindrende pasienter.

6.5 Pakkeforløp hjem

Ny strategi «pakkeforløp hjem» fra Helsedirektoratet 2018-2022 skal sikre kreftpasientene en bedre overgang fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Det skal være et koordinert oppfølgingstilbud, som omfatter oppfølging etter gjennomgått behandling i spesialisthelsetjenesten.

Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft, uavhengig om det er kurativt eller palliativt siktemål. De pasientene som får tilbakefall eller residiv er også en del av pakkeforløpet hjem.

Pakkeforløpet består av tidsavgrensede samhandlingspunkter. Punktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og evt pårørende), inkludert en behovskartlegging. Det er tre ulike samhandlingspunkter:

- Første behovskartlegging skjer i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose.
- Andre behovskartlegging i kommunen ca 3-4 måneder etter diagnose.
- Tredje behovskartlegging i kommunen ca 12-18 måneder etter diagnose.

Behovskartleggingen skal bidra til at hele pasientens livssituasjon og behov for oppfølging blir avdekket gjennom de ulike fasene, og sette fokus på hva som er viktig for den enkelte.

Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen skal dokumenteres i pasientens journal og formidles videre til de som skal følge opp pasienten videre.

Narvik kommune har utarbeidet en behovskartlegging i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet, samt retningslinjer på hvordan dette skal gjennomføres i kommunen.

Narvik kommune har ved utgangen av 2025 mottatt en melding om pakkeforløp hjem fra UNN.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft/om-pakkeforlop>

6.7 Kreftforeningen

Kreftforeningen jobber for å forebygge og bekjempe kreft, samt bedre livskvaliteten for pasienter og pårørende. Foreningen samarbeider med frivillige, selvstendige pasient- og likeperson-foreninger som representerer krefttrammede og pårørende. Kreftforeningen bidrar til forskning, forebygging, informasjon, støtte, rådgivning og politisk arbeid. De finansierer en betydelig andel av kreftforskningen i Norge og står bak flere store løft på kreftområdet.

Mammografiscreening, Kreftregisteret, Vardesentre for pasienter og pårørende og Kreftkoordinator i kommunene er eksempler på tiltak igangsatt av kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/>

Narvik kommune har en velfungerende brystkreftforening, som også er en aktiv deltaker bak Temakafe for kreftrammede. Det arrangeres temakafé 4 ganger i året.

Kreftforeningen har flere nasjonale tilbud som rettshjelp, økonomisk støtte og rådgivertjeneste.

Kreftkoordinator deltar i faste møter i ressurspsykeleierenettverk for vår region i regi av kompetansesenteret for lindrende behandling og kreftforeningen. Dette er en viktig arena for nettverksbygging, erfaringsutveksling og kompetansebygging.

6.8 Rehabilitering

Det finnes rehabiliteringstilbud til kreftpasienter ved flere institusjoner i Helse Nord, bl.a Nordtun HelseRehab som har inngått avtale med Helse Nord om levering av rehabiliteringstilbud til kreftpasienter. Kreftkoordinator informerer om dette i møte med kreftpasienter.

Narvik kommune har tilbud om trening med fysioterapeut, hverdagsmestring, samt oppfølging og kurs via Friskliv og Mestringstjenesten.

I Troms er det rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad (Vigør) og LHL-klinikken i Skibotn. Montebellosenteret i Lillehammer er en nasjonal helseinstitusjon for kreftpasienter og deres pårørende. Formålet er å gi hjelp til livsmestring – «å lære å leve med endringer som følge av kreft».

Kreftkoordinator informerer om rehabiliteringsmulighetene og kan bistå med informasjon om søknadsprosessen.

6.9 Forberedende samtale/Forhåndsamtale

Forhåndssamtaler og planlegging bør tilbys pasienter med alvorlig, uhelbredelig sykdom eller høy risiko for alvorlige sykdomsepisoder på grunn av høy alder og betydelig fysisk svekkelse. Pasienten bør etter eget ønske få ha med seg pårørende.

Helsedirektoratet er tydelig på at kommunenes helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegen, og spesialisthelsetjenesten bør ha et system for gjennomføring av forhåndssamtaler.

Forhåndssamtaler bør forstås og håndteres som en kommunikasjonsprosess med oppfølgende samtaler ved vendepunkter i sykdomsforløpet. Eksempler på vendepunkter er forverring, alvorlige sykdomsepisoder, endring eller avslutning av behandling, herunder livsforlengende behandling. Tilbud om forhåndssamtaler bør sees i sammenheng med øvrige samtaler pasienten tilbys.

Som en del av forhåndssamtalen bør pasienten få tilbud om en plan tilpasset sine ønsker og behov. Forhåndssamtalene bør danne grunnlaget for innholdet og tiltakene i planen, sammen med relevante opplysninger fra tjenestene.

Narvik kommune har startet arbeidet med å utarbeide felles rutiner for forhåndssamtaler. Dette arbeidet pågår i ressursgruppen innen kreft og lindring.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/Forhandssamtaler-og-planlegging-ved-begrenset-forventet-levetid>

6.10 Palliativ plan

En palliativ plan er et overordnet planverktøy. Den kan pasient ha over mange år, og skal oppdateres ved større endringer. Målet med planen er å være i forkant av ulike utfordringer som kan oppstå underveis i sykdomsforløpet. Planen samler viktige føringer og minsker risiko for misforståelser og unødvendige tiltak, som for eksempel innleggelse i sykehus. Den kan bidra til trygghet og gode dager. Planen skal få frem det som pasienten synes er viktig for seg.

En palliativ plan skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk kan oppleve best mulig livskvalitet. Planen skal gi økt trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell.

En palliativ plan blir opprettet av kreftkoordinator. Videre ansvar for å oppdatere planen vil ligge på utøvende tjeneste, og vil avklares i hvert enkelt pasientforløp.

6.11 Hjemmedød

Statistikken har vist de siste årene at det i Norge dør rundt 15 % i hjemmet sitt. Norge er på bunnen av denne statistikken sammenlignet med mange andre land. I 2018 døde 13 % i eget hjem i Norge (dødsårsaksregisteret). De fleste dødsfallene skjer på institusjoner og på sykehus. Institusjonene er likevel nå beboernes hjem, så statistikkene blir ikke helt rett i forhold til definisjonen av hjemmedød.

Studier har også vist at de som har mye hjemmesykepleie underveis har større mulighet til hjemmedød.

St.meld 24 (2019-2020) sier det skal legges til rette for best mulig livskvalitet og valgfrihet i lindrende behandling og omsorg. Det skal være valgfrihet til å bestemme hvor man ønsker å dø, også om man ønsker å dø hjemme.

Narvik kommune er også en del av denne statistikken. Erfaringen viser at det krever mye av de pårørende å stå i situasjonen. Det er nødvendig med tett oppfølging av hjemmesykepleie, kreftkoordinator, fastlege og palliativt team/UNN.

Det må legges en god palliativ plan tidlig i forløpet med hovedfokus på gode hjemmedager, og tilrettelegging for hjemmedød hvor dette er ønskelig og forsvarlig gjennomførbart. Narvik kommune har utarbeidet retningslinjer for bruk av fastvakt ved hjemmedød og ved død på institusjon.

I Narvik kommune er det satt ned en gruppe som arbeider med rutine for hjemmedød.

6.12 Pårørende

Narvik kommune arbeider med å utarbeide en pårørendestrategi i tråd med regjeringens pårørende og handlingsstrategi.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-parorendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>

Narvik kommune sin strategi vil beskrive nærmere hvordan pårørende skal ivaretas i Narvik kommune. Det skal videre arbeides med å implementere pårørendeavtaler, hvor pårørende sine ønsker og behov kommer tydelig frem.

Det er også utarbeidet en retningslinje for oppfølging av etterlatte i Narvik kommune.

Den Norske kirke med Diakon i Ballangen arrangerer jevnlig sorggrupper i Narvik kommune.

[Kreftkompasset.no](https://www.kreftkompasset.no) tilbyr også jevnlig oppfølging av etterlatte. Noe kan man også delta på digitalt. <https://www.kreftkompasset.no/parorendekompasset-1>

6.13 Frivillighet

Narvik kommune arbeider med fremtidens eldreomsorg. I dette arbeidet fokuseres det også på frivillighet for å få hjulene til å gå rundt. Også innen kreft og lindring har vi økt fokus på frivillighet. Ikke for å erstatte fagkompetanse, men for å supplere. I første runde er det tilstedeværelse/fastvakt av frivillige vi arbeider med.

Vi har et sterkt forankret Røde Kors i Narvik kommune, med en undergruppe som heter "omsorgsgruppen". Røde Kors har mulighet for å kurse sine medlemmer for å være fastvakt til alvorlig syke og døende mennesker. Et samarbeid med Røde Kors og omsorgsgruppen er noe vi vil arbeide med i neste planperiode.

6.14 Likepersoner

I Narvik kommune er det flere likepersoner innen ulike kreftdiagnoser. Dette er personer som kan kontaktes for samtaler/møter med kreftpasienter og deres pårørende.

Likepersoner Narvik og omegn		
Brystkreftforeningen		
Ingrid Kongsli	416 88 892	narvik@brystkreftforeningen
Pia Merete Jenssen Bondestad	971 14 043	narvik@brystkreftforeningen
Tulin Tuncer	905 47 065	narvik@brystkreftforeningen
Blære kraftforeningen		
Vebjørn Kleiving	91304817	klebjorn@gmail.com
Gynkreftforeningen		
Eli Annie Moursund	95 88 10 40	super_tante_19@hotmail.com
Mette Dischington	95 46 70 60	mette77dj@gmail.com
Norilco		
Laila Liland Sandbakk	992 35 737	nordland@norilco.no

6.14 Barnepalliasjon

Barnepalliasjon er lindring til barn som har livstruende tilstander som ikke kan helbredes. Det er tilstander som krever lengre periode med palliativ behandling. Tilstandene er progressive, som gir en forventet forverring.

Omfanget av barn med behov for palliasjon er liten i Narvik kommune. Vi har derfor lite vedvarende kompetanse på dette området. Utdfordringen videre er å finne en måte å organisere tjenesten på slik at det også blir gitt forsvarlig helsehjelp.

I hvert tilfelle vil vi være avhengig av et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. UNN Tromsø har etablert et barnepalliativt team som bistår kommunene som tilhører helseforetaket. Narvik kommune vil ha tett oppfølging fra dette teamet i hvert enkelt tilfelle. Personalet som arbeider tett med barnet og familien vil også kunne be om råd/veiledning fra kommunens kreftkoordinatorer.

Det arbeides med å få etablert en lokal plan for ivaretagelse av alvorlig syke barn og foreldre i Narvik kommune.

6.15. Fremtidens behov for kompetanse

Stadig flere får kreft, og stadig flere vil leve lengre med kreftsykdommer i årene som kommer. Minst ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levemåten vår. Det er derfor viktig å ha fokus på forebygging. Bedre behandlingstilbud gir flere kreft-overlevende (kreftforeningen). Kommunehelsetjenesten har ansvar for rehabilitering og tilrettelegging i hjemmet. Et tverrfaglig samarbeid er viktig for koordinering av tjenester til pasienten, sammen med fastlege/institusjonslege, kreftkoordinator og andre samarbeidspartnere.

Tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er den viktigste forutsetning for god kvalitet og likeverdig tilbud. Omsorg for døende krever erfaring og spesialkompetanse hos helsepersonell som jobber innenfor kreftomsorgen. Hjemmesykepleien har gode rutiner, god kompetanse på eldre og de har erfaring med hjemmedød. Ansatte på institusjonene ivaretar ofte pasienter med mange sammensatte diagnoser som krever kompetanse og erfaring for å kunne gi god lindrende behandling i livets slutfase. Det er behov for økt kompetanse innen kreft og lindring på de ulike enhetene. Nærmere beskrivelse av kompetanse, se tiltaksplan.

6.17 Innsatstrapp for kreftomsorgen

NIVÅ 1 Tjenester for de med nydiagnostisert kreftsykdom.	NIVÅ 2 Tjenester for de som er under aktiv behandling av kreftsykdom.	NIVÅ 3 Tjenester for de som er under palliativ behandling av kreftsykdom.	NIVÅ 4 Tjenester for de med metastaserende kreftsykdom og som har avsluttet aktiv behandling.
<ul style="list-style-type: none"> - Tilbud om hjemmebesøk av kommunens kreftkoordinator via fastlege eller UNN. -Kreftpasienter eller pårørende kan selv ta direkte kontakt med kreftkoordinator. - Behovskartlegging - Barn som pårørende - Tilbud om kontakt med likemenn. 	<ul style="list-style-type: none"> -Jevnlig oppfølging av kommunens kreftkoordinator. -Tilbud om kommunale tjenester ved behov; Hjemmehjelp. Medisin veiledning. Hjemmesykepleie. Psykiatritjenesten. TT kort. Friskliv og mestringstjeneste. Informasjon om mulighet for rehabilitering på f.eks Montebello, Vigør etc.. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tett oppfølging av kreftkoordinator. -Utarbeidelse av palliativ plan. -Jevnlig oppfølging av fastleger. -Kommunale tjenester satt inn til rett tid; Hjemmesykepleie. Hjemmehjelp. Fritidskontakt. Hjelpemidler. Trygghetsalarm. Omsorgsstønad. Korttidsopphold. SMIL kurs. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tett oppfølging av kreftkoordinator og fastlege. -Avklaring om videre plan. -Tilrettelegging i hjemmet med rett tjeneste og hjelpemidler. -Ressurssykepleiere og primær sykepleiere i hjemmesykepleien blir sentrale. -Pårørende veiledning. -Økonomisk veiledning-pleiepenger. -Fastvakt i hjemmet ved hjemmedød. -Lindrende opphold i institusjon.

7.0 Tiltaksplan

	Tiltak	Ansvar	Frist
1.0	Ny fastvakt rutine skal implementeres i alle enheter https://kvalitet.narvik.kommune.no/api/File/GretFile?entityId=10291&isLastVersion=false	Avdelingsleder og enhetsleder	Plan perioden
2.0	Åpne alle lindrende plasser på Helsehuset		2026
3.0	Pakkeforløp hjem - evaluere fortløpende gjeldende prosedyre	Kreftkoordinator	Plan perioden
4.0	Fastlegene; - Mål om å utdanne en fastlege innen palliasjon - Utarbeide plan for stillingsstørrelse og arbeids oppgaver https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/kompetanseomrader/palliativ-medisin/	Enhetsleder fastlegene og kommunalsjef	Plan perioden
5.0	Kompetansemål for Narvik kommune: - Utdanne en sykepleier med videreutdanning innen palliasjon på Helsehuset, Ellas Minne og Ballangen sykehjem, samt alle sonene i hjemmesykepleien.	Enhetsleder på hver enkelt enhet.	Plan perioden
5.1	Alle enheter skal ha 1-2 sykepleiere som deltar på 3 dagers kurs i Tromsø via LIN	Enhetsledere	Årlig
5.2	Alle enheter skal videreutdanne 1-2 helsefagarbeidere innen palliasjon	Enhetsledere	Plan perioden
5.3	Kreftkoordinatorerne skal delta på årlige nasjonale konferanser innen kreft og palliasjon	Enhetsleder tildelingskontor	Årlig
5.4	Delta på digitale fagmøter i regi av LIN	Enhetsledere og kreftkoordinator	Plan perioden
6.0	Sorggruppe - Diagon i Ballangen arrangerer jevnlig i Narvik kommune. Må gjøres kjent for etterlatte i kommunen. - Utrede behov for oppstart av sorggruppe uavhengig av diagnose	- Alle som er i kontakt med etterlatte. - Kreftkoordinator og demenskoordinator	Plan perioden.

	<ul style="list-style-type: none"> - Se på muligheten til å bruke friskliv og mestringstjenesten. 		
7.0	Utarbeide felles rutiner for ordinering av smertepumpe etc.	Ressursgruppe	Plan perioden
8.0	<p>Frivillighet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utrede mulighet for å bruke frivillighet relatert til behovet for fastvakt. - Oppmuntre til frivillighet i nærmiljøet rundt den syke. - Fokus på å ta imot bistand. - Drift av temakafe med eget styre dannet av frivillige 	Kreftkoordinator og øvrig helsepersonell.	Plan perioden
9.0	<p>Oppfølging av ALS pasienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utarbeide et bedre samarbeid med UNN som sikrer gode pasientforløp 	Kreftkoordinator i samarbeid med UNN.	Plan perioden
10	<p>Utarbeide en rutine for forhåndssamtale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skal brukes i hjemmesykepleien og i institusjoner 	Ressursgruppen innen lindring	2026
11	<p>Velferdsteknologi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se på mulighetene innen kreftomsorg 	Velferdsteknologiteamet og kreftkoordinatorne	Plan perioden
12	<p>Temadag: "Åpenhet om døden"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Søke statsforvalter om midler. 	Kreftkoordinator/ Rådgiver helse og omsorg	Plan perioden
13	Opprettholde nettverksmøtet mellom ressurssykepleiere i kommunen	Kreftkoordinator	Plan perioden
14	Utarbeide rutine for hjemmedød	Ressursgruppe	Plan perioden

8.0 Referanseliste

regjeringen.no

Kreftforeningen.no

Kreftkompasset.no

Helsenorge.no

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft>

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/felles-innsats-mot-kreft.-nasjonal-kreftstrategi-20252035/id3087629/>

<https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/kompetanseomrader/palliativ-medisin/>

<https://kvalitet.narvik.kommune.no/api/File/GetFile?entityId=10291&isLastVersion=false>

<https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/kompetanseomrader/palliativ-medisin/>



**NARVIK
KOMMUNE**

Telefon: (+47) 76 91 20 00
Postboks 64
8501 Narvik

E-post: postmottak@narvik.kommune.no
www.narvik.kommune.no
Org.nr: 959 469 059

