

## Oppsummering pakkeforløp helt hjem for pasienter med kreft

Erfaringer siden forrige samling, Får pasientene tilbud om behovskartlegging etter intensjonen? Hvem skal gjøre kartleggingen?

Hvordan oppleves dette i praksis – overføres informasjonen og ikke minst; hva gjøres med utfallet av kartleggingen?

- Lite informasjon på skjemaene (ikke kontaktinformasjon til sykehuset og diagnose)
- Blitt gradvis bedre, god erfaring fra GYN
- Forslag til tiltak: Kunne skjemaet automatiseres med standard-tekster som sikrer kontaktinformasjon?
- Kan dette samordnes med kartleggingen som gjøres med «barn som pårørende»?
- Noen kommuner har startet med andre samhandlingspunkt for noen pasienter
- Viktig med full stilling/ressurser i kommunen
- Fastlege må involveres mer
- Hjernesvulstpasienter – pasienter som flyttes mellom OUS og Ahus – det må avklares hvem som skal gjøre hva
- Epikriser må ut til kommunene også, der tjenester i kommunen er involvert i oppfølging
- Må skille mellom henvisning til kreftkoordinator og pakkeforløp helt hjem
- Registrering av pakkeforløp – hvordan holde oversikt?
- Fortsatt nytt, og det er få henviste
- Hva med de som sier nei? Kan spesialisthelsetjenesten spørre igjen?
- Behovskartleggingen er etter intensjonen
- Flere kommuner har utarbeidet standard-skjemaer/standardbrev
- Pasientene takker ofte ja til kreftkoordinator, men ikke nødvendigvis til oppfølging i pakkeforløp
- Erfarer god respons fra kommunene
- Flere kommuner har etablert gruppetilbud rettet mot målgruppen i pakkeforløpet
- Flere kommuner har kontaktpersoner på NAV for bistand til rådgivning omkring velferdsordninger

### Hvordan følge opp pasienter uavhengig av behandling?

- Kartlegge behov og ressurser – Hva klarer pasienten selv? Tilpasse tjenester og tiltak etter dette
- Tilrettelegge for tilpasset fysisk aktivitet
- Treffpunkter i kommunen som kan være aktuelle
- Der pasienten følges opp av flere sykehus bør lokalsykehuset ta seg av kartleggingen. Kjenner både kommuner og tjenester best.
- Kreftkoordinator tar hjemmebesøk og koordinerer øvrige tjenester ut fra behov
- Læring og mestringssenteret må øke fokuset på pakkeforløp helt hjem, med opplæring for både pasient og pårørende

### Forslag til videre tiltak/handlingsplan:

- God kartlegging av behov er viktig

- Kartleggingen bør fortrinnsvis gjøres på lokalsykehus der pasienten følges opp av to sykehus
- Dersom pasienten takker nei; sende informasjon videre til kommunen dersom pasienter samtykker til dette
- Etablere gode rutiner både på sykehuset og i kommunene
- Viktig å etablere og jobbe med kommunikasjonsflyt mellom tjenestene/tjenestenivåene
- Inkludere pasienten så tidlig som mulig i forløpet
- Spesifisere ønske om kreftkoordinator dersom dette er et ønske
- Lage undervisningsopplegg for ansatte om pakkeforløp helt hjem – bruke Kompetansebroen som delingsarena
- Informasjonsarbeid rettet mot fastlegene? (kreftkoordinator kan informere/undervise, legesiden på Kompetansebroen, Helsenorge, brosjyre om pakkeforløp)
- Ønske om en samling 4 i læringsnettverket
- Tydelighet fra arbeidsgruppa i læringsnettverket på hva som skjer videre

Tegning av forløp:

(som bilder)