

Innlegg fra ulike kommuner og ulike avdelinger på Ahus

- **Lillestrøm** (kreftsykepleier)
 - Skiller mellom tjenestene «pakkeforløp hjem» og «kreftkoordinator»
 - Tjeneste «pakkeforløp hjem» er i utgangspunktet kartlegging om 3 måneder dersom ikke annet kommer frem etter samhandlingspunkt 1
- **Gastrokirurgisk sengepost AHUS**
 - Kun sengepost som tar kartleggingssamtale pakkeforløp hjem på gastrokirurgiske pasienter
 - Alle nydiagnostiserte kreftpasienter får tilbud om kartleggingssamtale samt informasjon om kreftkoordinator
 - Erfarer at kartleggingssamtalene tar 10-30 min
 - Gir pasienten brosjyre om pakkeforløp hjem som de får lese før samtale
 - Jobber med å bli bedre til å fylle ut info om diagnose øverst på EDI notat (dette er i løpet av dagen gitt tilbakemelding om til klinisk IKT at må komme tydeligere frem i notatet)
 - Noterer på sengepostliste om pas. har hatt kartleggingssamtale med «P.F dato»
 - Innspill fra deltagere: Fint om det sjekkes opp om det nylig er sendt kartlegging dersom pas. nylig har vært innlagt, slik at dette ikke gjøres flere ganger med kort intervall.
- **Ullensaker** (kreftkoordinator)
 - Fått noen EDI pakkeforløp hjem der pas. fortsatt er i utredning (ikke fått kreftdiagnose)
 - I noen av kartleggingene står det at pas. selv ønsker å ta kontakt – er de da informert om at pakkeforløp hjem kartlegging innebærer tilbud om samtale etter 3-4 mnd? Skal man da kontakte de om 3-4 mnd?
 - Sårbart i kommunen når det kun er kreftkoordinator som gjør/tar i mot disse kartleggingene
- **Gynekologisk poliklinikk Ahus**
 - Tilbyr pakkeforløp hjem behovskartlegging til alle pasienter som får cellegift. Individuelle behov avgjør når de får tilbud (mellom kur 1-6)
 - Jobber med gynekologisk sengepost for å sikre at pas. som kun opereres (ikke cellegift) også får dette tilbudet
 - Planlagt møte med OUS i november for de som tilhører Ahus, men behandles der.
 - Pasienter som har etablert kontakt med kreftkoordinator fra før, takker ofte nei til pakkeforløp hjem

- **Lørenskog kommune** (kreftkoordinator)
 - Ulik oppfatning om pakkeforløp hjem hos kreftkoordinatorerne (KK) og sykehus om åssen dette fungerer i praksis?
 - 26 av 30 EDI notater med behovskartlegginger følger ikke kontaktinfo (telefonnummer) til pas med elektronisk. KK i Aurskog Høland og Rælingen som også bruker dokumentasjonssystemet «profil» kjenner også igjen dette. Innspill fra forløpskoordinator lunge at dette må legges til manuelt (dette formidlet videre til klinisk IKT)
 - 10 av 30 pas. hvor det er sendt behovskartlegging har KK oppfølging fra før. Har pas. blitt spurt om dette? Noen pas. har ikke visst de har blitt kartlagt på sykehus.
 - Savner mer info i EDI notatene
- **Urologisk sengepost AHUS**
 - Mange pasienter får ikke diagnosen før etter de er operert (og utskrevet fra sykehus) og faller derfor utenfor
 - De som får behovskartlegging, får ofte dette den dagen de drar fra sengepost. Det vil si at dersom kommunen svarer på EDI pakkeforløp hjem, blir denne meldingen trolig ikke fanget opp
 - Innspill fra deltagerne: Viktig at sykehus selv følger opp det de avdekker i kartleggingen (spesielt ernæringsfysiolog og sosionom som ofte ikke finnes tilgjengelig i kommunene)

Innlegg Klinisk IKT AHUS

- Dialogmeldinger sendt fra kommunen går til sekretær på den aktuelle avdelingen. Det anbefales derfor å sende dialogmelding kontra svare på EDI notat pakkeforløp hjem fra kommunens side. Dette da det svaret går rett til den aktuelle sykepleieren som har sendt notatet. Dette er sårbart ift turnus og evt fravær.
- EDI notat pakkeforløp hjem kan dessverre ikke legges som vedlegg til vanlig PLO helseopplysninger

Vedvarende forbedringsarbeid

- Hvordan fortsette videre forbedring i normal drift? Avgjørende med felles møtearena på tvers av Ahus og kommune
- Innspill fra deltagere
 - Faste møte med ledelse/ledere
 - Sørge for at det finnes ressurspersoner
 - Økende antall behovskartleggingene sendt fra Ahus, vil være en målestokk for forbedring
 - Flere ressurspersoner – mindre sårbart
 - Treff mellom sykehus og kommune er en god motivasjon

Borddialog

- **Dette får vi til:**
 - Gode kartlegginger
 - Dele ut skriftlig info til pasientene om pakkeforløp hjem
 - Kontakte pas. raskt ved behov for kreftkoordinator
 - Fange opp pasienter som ikke har andre tjenester i kommunen
 - Pasientene får god hjelp
 - Vi har kommet godt i gang med behovskartleggingene
 - Lære av hverandres erfaringer og innspill
 - Sikre kontaktpunkt i kommunen
- **Hva må vi arbeide med videre:**
 - Informasjon om diagnose i EDI notat
 - Huske på at kreftkoordinator ikke er en akuttfunksjon
 - Fortsatt en del avdelinger og sengeposter på Ahus som ikke har implementert pakkeforløp hjem
 - Fortsette fokus på koding Ahus
 - Levere ut brosjyrer om pakkeforløp hjem både på poliklinikk og sengepost
 - Skille på pakkeforløp hjem og kreftkoordinatoroppfølging
 - Huske på at kreftkoordinator er en kommunal oppfølging på lik linje med for eksempel hj.spl (ift PLO når pas. er innlagt på sengepost)
 - Ansvarliggjøre pasientene mer selv
 - Kan kartleggingene gjøres på telefon? Godt nok at pasientene kun får brev?
 - Ha ressurspersoner som holder fokus videre/»pusher» på videre
- **Erfaringer med å delta i dette læringsnettverket:**
 - Svært nyttig
 - Gøy å høre andres erfaring
 - Inspirasjon til eget arbeid videre
 - Tar mye tid, men fint å få gjentagende informasjon og veksle erfaringer
 - Forstår hverandre bedre etter erfaringsutveksling
 - Fortsette med samlinger sammen? (ahus og kommune ift kreftomsorg)

Kompetansebroen

- Informasjon om pakkeforløp hjem finnes på kompetansebroen.no
- Her legges også presentasjoner fra læringsnettverket pakkeforløp ut på