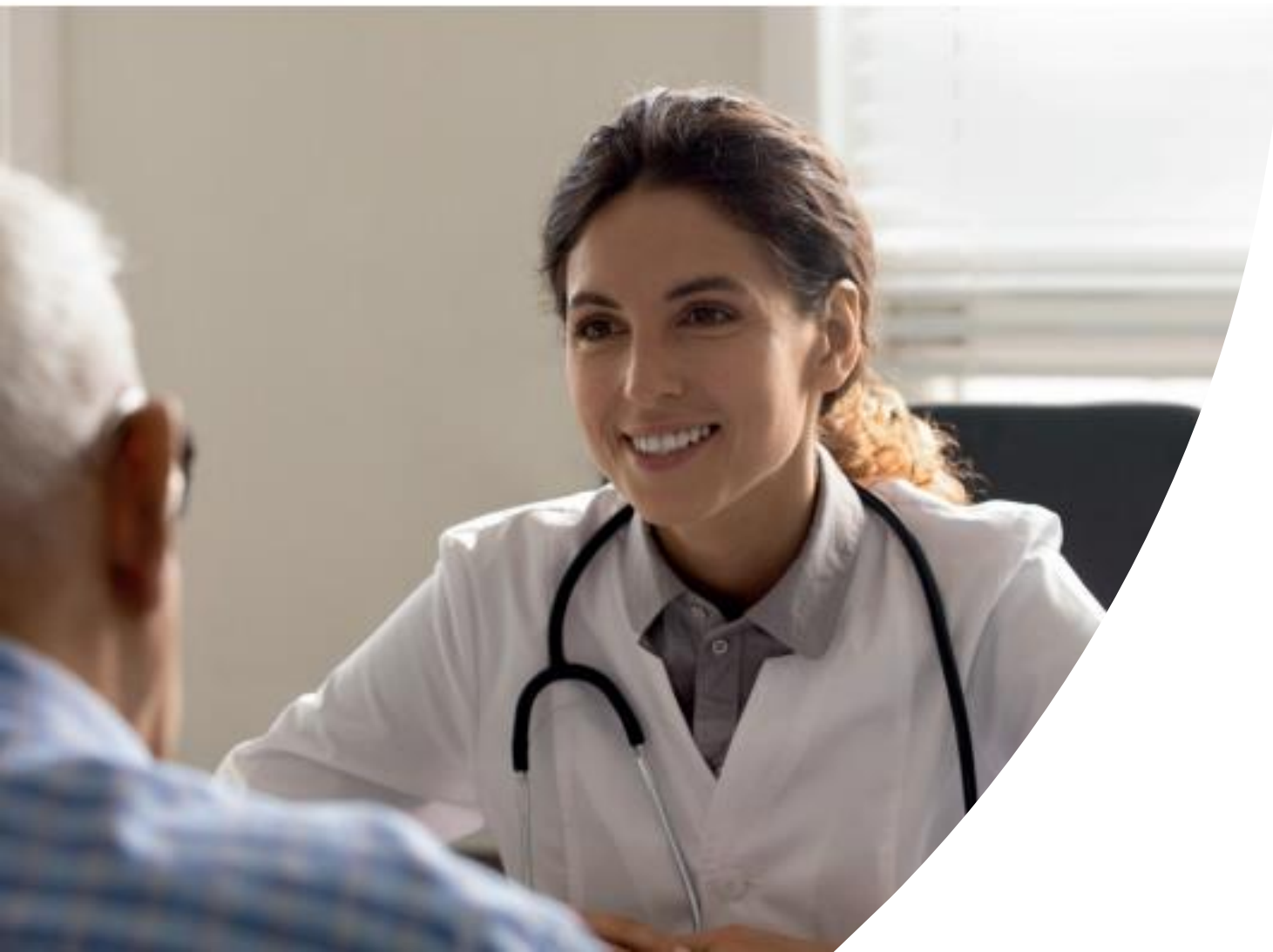




Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

**Program fjerde samling læringsnettverket Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft
Folkets hus 6.11.23**

08.30 - 09.00	Kaffe og registrering	
09.00	Velkommen	Gunnhild Grimstad-Kirkeby, Kommunaldirektør Helsevern og sosial omsorg, Ullensaker kommune Berit Trøgstad Bungum HSØ
09.30	Oppsummering og plan for dagen	Øyvind, Line og Siri
09.45	kaffepause	
10.00	Speed innlegg	Hvilke kommuner og sykehus 10 min hver
11.00	Dialog med bordene	
11.30	Lunsj	
12.30	Dialog med bordene fortsetter	
13.00	Presentasjon i plenum	Hvert bord presenterer det som har vært til diskusjon
13.45	Registrering og koding	Trude-Lise Fjellstad Klinisk IKT Ahus
14.00	Kaffe pause	
14.15 -14.45	Vedvarende forbedring	Pål Jostein Didriksen Avdeling kvalitet og pasientsikkerhet
14.45 – 15.15	Forskning pakkeforløp hjem	Astrid Bjerke Kreftforeningen
15.30	Vel hjem	Med info om Kompetansebroen

Læringsnettverket pakkeforløp hjem
Akershus universitetssykehus HF

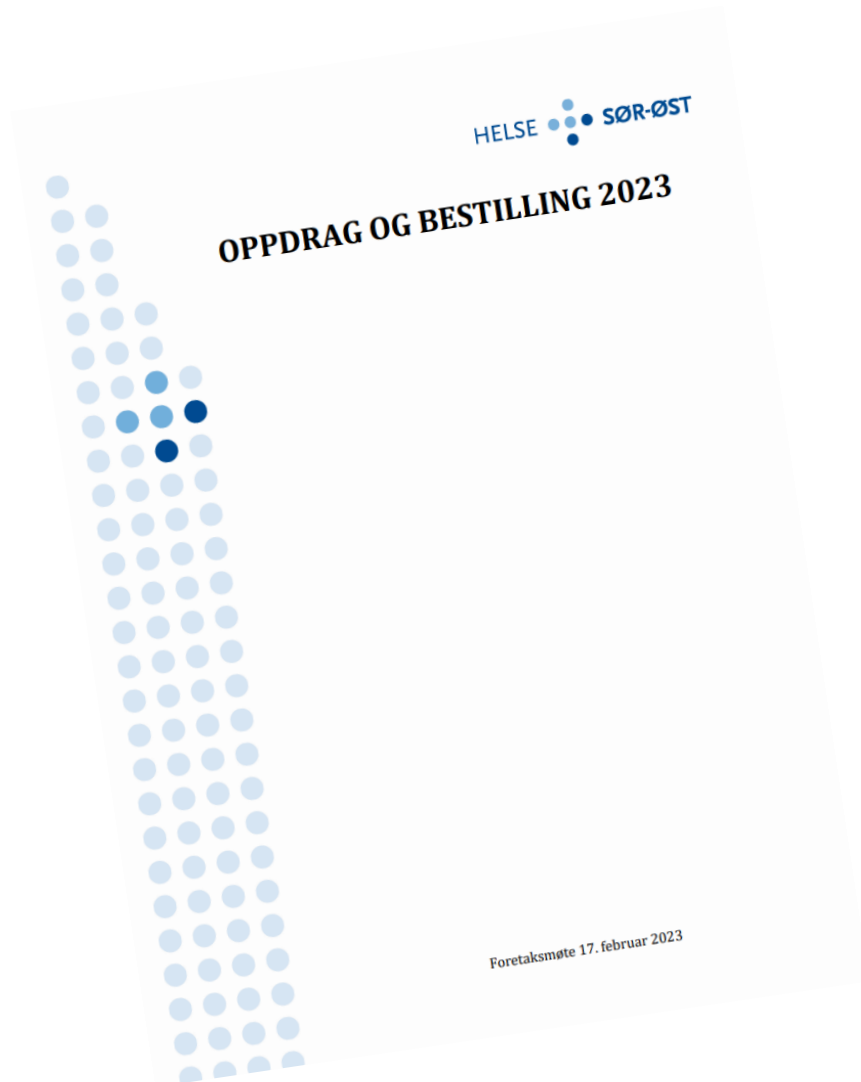
Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Status Helse Sør-Øst

Berit Trøgstad Bungum Spesialrådgiver, Helse Sør-Øst RHF

6. november 2023





Oppdrag og bestilling 2023 til helseforetakene:

«Helseforetaket skal i løpet av 2023 ha implementert pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Pakkeforløpet gjelder alle kreftformer, også ved akutt innleggelse og for barn og unge»

Hva er gjort regionalt?

- Regional ressursgruppe for pakkeforløp kreft ble utvidet med ytterligere deltakere for implementering av pakkeforløp hjem – leder av Helse Sør-Øst RHF
- Regional dialogkonferanse Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft 1. desember 2022

Mål

- Bidra til erfaringsutveksling, samhandling og læring på tvers i regionen når det gjelder implementering av «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft»
- At gode eksempler, gode råd og gode verktøy, kan bidra til at pasienter ved alle helseforetak og sykehus får samme tilbud om behovskartlegging i sitt forløp slik intensjonen er.

Samhandlingspunkt 1:

Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose

Etablert egen regional dokumenttype

Pakkeforløp hjem Behovskartlegging (edi) for dokumentasjon av gjennomført samtale.

- Fokus på temaområdene for behovskartleggingen
- Dokumentet sendes elektronisk til kontaktpunkt i kommunen evt. også annet helseforetak

Etablert to regionale veiledere

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Veileder for behovskartlegging \(edi.dokument\).](#)

- Veilederen beskriver de ulike temaområdene som behovskartleggingen bør inneholde og med noen stikkord som utdyper temaområdene

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft- Ansvar for behovskartlegging når pasient behandles ved to helseforetak](#)

Elektronisk egeninnmeldingsskjema på Helsenorge.no

- Helse Sør-Øst har utarbeidet skjema «Kartlegging av påkjenning og utfordringer før kreftbehandling» som bygger på behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning.pdf](#) (NCCN-skjema)
- Lenke til skjema sendes i pasientbrev i forkant av time
- Tilgjengelig for helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen
- Noen helseforetak har tatt det i bruk mens andre foreløpig ikke. Men vi ser det brukes i økende grad

Bruk av NHN skjema«Kartlegging av påkjenning og utfordringer før kreftbehandling»

Statistikk 2023									
Skjema Kartlegging av påkjenning og utfordringer									
Helseforetak	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September
AHUS	0	0	3	6	6	11	6	4	10
OUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIHF	2	6	1	0	0	0	0	0	0
SSHF	0	8	5	8	14	11	11	3	4
STHF	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SiVHF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SØHF	0	0	2	0	6	8	11	11	11
VVHF	0	0	1	0	1	2	1	0	0
Total	2	14	12	14	27	32	29	18	26

Kartlegging av påkjenning og utfordringer i forbindelse med kreftbehandling (utklipp)

I forbindelse med innføring av «Pakkeforløp hjem for pasienter behandlet for kreft» ønsker vi at du fyller ut dette skjemaet før du kommer til avtalt time på sykehuset.

Svarene dine vil gi lege/sykepleier nyttig informasjon om hvordan du har det utover selve kreftbehandlingen. Denne informasjonen vil være et utgangspunkt for en samtale mellom deg og lege/sykepleier og bidra til å avklare om du har behov for særskilt oppfølging av eventuelle utfordringer.

Mottaker

Velg sykehus som skal motta skjemaet 

Velg ett av alternativene. 

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus vil åpne for mottak av digitale skjema snart.

Personopplysninger

Navn

Lurén (Kith) Drøyer

Fødselsnummer (11 siffer)

02039000183

Grad av påkjenning

Velg tallet (0-10) som best beskriver hvor stor grad av påkjenning du har opplevd den siste uka, inkludert i dag.

- ☐ 10 - Ekstrem påkjenning
- ☐ 9
- ☐ 8
- ☐ 7
- ☐ 6
- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1
- ☐ 0 - Ingen påkjenning

Oversikt over utfordringer og påkjenninger i din hverdag

Merk av om noe av det følgende har vært en utfordring eller påkjenning den siste uka, inkludert i dag, knyttet til din nåværende situasjon.

Praktiske utfordringer (valgfritt)

- ☐ Omsorg for barn
- ☐ Bolig
- ☐ Økonomi/Forsikring
- ☐ Transport
- ☐ Jobb/skole/utdanning
- ☐ Beslutninger om behandling

Sosiale utfordringer (valgfritt)

- ☐ Forhold til barn
- ☐ Forhold til partner
- ☐ Mulighet til å få barn
- ☐ Helseproblemer i familien
- ☐ Forhold til venner og kollegaer

Emosjonelle utfordringer (valgfritt)

- ☐ Depresjon
- ☐ Frykt
- ☐ Nervøsitet
- ☐ Nedstemthet
- ☐ Bekymringer
- ☐ Tap av interesse for vanlige aktiviteter

Åndelige/religiøse bekymringer (valgfritt)

- ☐ Åndelige/religiøse bekymringer

Fysiske utfordringer (valgfritt)

- ☐ Utseende
- ☐ Hygiene/påkledning
- ☐ Pusten
- ☐ Endringer i vannlating
- ☐ Forstoppelse
- ☐ Diaré
- ☐ Spising
- ☐ Tretthet
- ☐ Føle seg oppblåst
- ☐ Feber
- ☐ Mobilitet (ta seg frem)

Bruk av prosedyrekode:

WMFG11 *Utvidet samtale med pasient for kartlegging av behov for bistand i pasientens livssituasjon*

Antall ganger koden er registrert og med C* som hovedtilstand

Per september 2023

	helseforetak	antall
1	Akershus universitetssykehus HF	137
2	Diakonhjemmet Sykehus	18
3	Lovisenberg Diakonale sykehus	14
4	Oslo universitetssykehus HF	3
5	Sykehuset i Vestfold HF	43
6	Sykehuset Østfold HF	55
7	Sørlandet sykehus HF	39
8	Vestre Viken HF	94

Erfaringsene så langt i Helse Sør-Øst

Planlegging og pilotering ved alle helseforetakene i regionen

- Ressurskrevende både personell og lokaliteter
- Variasjon i hvordan helseforetakene og de forskjellige avdelingene/poliklinikkene løser gjennomføringen av samtalene også på
- Når beste tidspunkt for samtale?
- Hvem som skal gjennomføre behovskartleggingssamtalene?

**Helsedirektoratet Erfaringskonferansen for pakkeforløp hjem
31.8.2023**

Lokal arbeidsgruppe Helsefellesskapene

- Siri Garner
- Line Finstad
- Øyvind Antonsen
- Bente Heggedal Gerner
- Trude Helen Westerberg

Oppsummering og plan for dagen

- Pakkeforløp hjem ble initiert i 2018
- HOD gav oppdraget til HDIR 2019
- Kreftforeningen holdt dette innlegg for oss våren 2019
- Pandemien har påvirket prosessen
- Implementert i 2022
- Oppdrag- og bestillerdokumentet (OBD) for 2023

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle *Pakkeforløp hjem for kreftpasienter*
- Målsettingen er gode forløp for kreftpasienter som skal hjem etter behandling i spesialisthelsetjenesten
- Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal utarbeides og implementeres i løpet av en 3-års periode
- *Pakkeforløp hjem* skal utvikles i samarbeid med aktørene – fagmiljø, spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene, bruker- og pasientorganisasjonene

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

*Skal etableres for kreftpasienter,
for å sikre gode overganger fra
sykehusbehandling til kommunal
helse- og omsorgstjeneste*

Hva er utfordringer når pasienten skal hjem?

- Samhandling og kommunikasjon mellom tjenestenivåer og tjenesteytere
- Tydelig oppgave- og ansvarsfordeling/ plassering
- Koordinering og logistikk
- Informasjon, kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende

Arbeidet med Pakkeforløp hjem gjøres

av:

Intern Prosjektgruppe
Direktoratet

Medarbeidere fra aktuelle avdelinger
(velferdsteknologi, rehabilitering,
fagutvikling, kommunal helse- og
omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester)

Styringsgruppe fra Direktoratet

Bestående av avdelingsdirektører fra de
aktuelle avdelingene.

Referansegruppe

Personer fra strategisk nivå fra: KS,
kommuner, spesialisthelsetjenesten, fag-,
interesse- og brukerorganisasjoner.

Arbeidet vil primært gjøres i møter (2-3 i
året).

Ressursgruppe

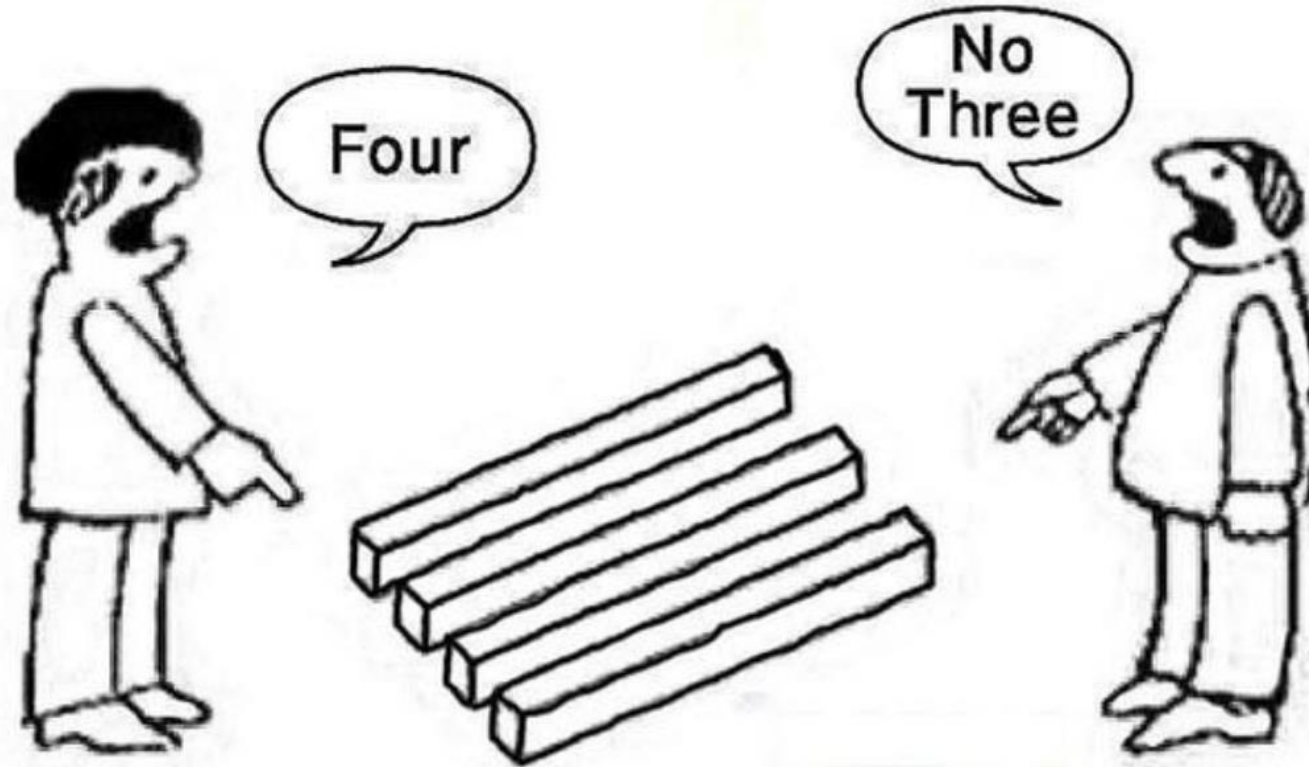
Skal sikre bred deltakelse fra pasient-
/bruker- og interesseorganisasjoner, ulike
enheter og fagpersoner fra den
kommunale helse- og omsorgstjenesten,
spesialisthelsetjenesten, representanter
fra andre sektorer, kompetansemiljø m.fl.

Arbeidet vil primært være å delta i
arbeidsmøter og workshops og komme
med innspill til arbeidet.



Forstår vi oppgavene likt?

Hva er på plass hva må vi forbedre?





Læringsnettverket i Helsefelleskapet

Alle kommuner og bydeler og relevante fagavdelinger på Ahus deltar

Nasjonal
implementeringsplan
Lokal
implementeringsplan
Arbeidsgruppe i
Helsefelleskapet
«KICK OFF» Mars 2022
Pilot

Samling 1
Oktober 22

Klargjøre

Samling 2
Desember 22

PDSA-
testing

Implementere

Samling 3
Februar 23

Samling 4
November 23

Veien videre



Nasjonal implementeringsplan

Regionale prosedyrer og lokal prosedyre ID 44519

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

EQS

Søk i dokumenter 

Øyvind Antonsen 192000 Med og helsefag stab

Gå til arbeidsdel

Innhold Mer info

 **Ahus-pakkeforløp hjem for pasienter med kreft**

Dok. adm.: Øyvind Antonsen Gyldig fra: 26.10.2023 ID: 44519
Godkjent av: Pål Wiik Revisjonsfrist: 25.10.2025 Revisjon: 1.0

 Gi kommentar  Favoritt  E-post  PDF  Skriv ut  Handlinger  Hjelp

1.0 Hensikt

I januar 2022 ble pakkeforløp hjem for pasienter med kreft publisert av Helsedirektoratet i Norge. Pakkeforløp hjem skal implementeres i løpet av 2023 og prosedyren beskriver hvilke aktiviteter som skal gjennomføres på Akershus universitetssykehus: Behovskartlegging 1.

Pakkeforløpet består av tidsavgrensede samhandlingspunkter. Samhandlingspunktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og eventuelt pårørende), inkludert behovskartlegging. Pakkeforløp hjem skal bidra til at pasientene får oppfølging i forhold til behov ut over behov direkte relatert til behandlingen av kreften.

Pakkeforløpet inneholder tre samhandlingspunkter:

1. Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose
2. Behovskartlegging i kommunen ca. 3 – 4 måneder etter en kreftdiagnose
3. Behovskartlegging i kommunen ca. 12–18 måneder etter en kreftdiagnose

2.0 Omfang

Prosedyrer gjelder for alle avdelinger som behandler og følger opp pasienter med ny kreftdiagnose, uavhengig av om de allerede er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke og uavhengig av om behandlingsforløpet har kurativt eller palliativ intensjon. Pasienter som får tilbakefall / residiv inkluderes også i dette pakkeforløpet.

3.0 Arbeidsbeskrivelse

Prosedyrer beskriver spesialisthelsetjenestens ansvar og samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten og hvordan samarbeidet med kommunehelsetjenesten skal organiseres.

3.1 Ansvar

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for den første behovskartleggingen etter ny kreftdiagnose. Det defineres innenfor det enkelte forløp hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen og når det skal gjennomføres samtale med pasient (og eventuelt pårørende). Den avdelingen som har ansvaret for behandling og oppfølging av pasienten har ansvaret for behovskartleggingen i spesialisthelsetjenesten. Samme prinsipp gjelder for de kreftformer som følges opp av to sykehus. Det sykehuset som har ansvaret for det meste av behandling og oppfølgingen skal gjennomføre behovskartleggingen, her finner du regional prosedyre: [Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft- Ansvar for behovskartlegging når pasient behandles ved to helseforetak](#)

Speed innlegg – ikke krav til presentasjon

Tilbakemeldinger som kan diskuteres rundt bordene

Jeg lurer på:

- hva har dere gjort for å få til Pakkeforløp hjem?
- Hvem er det som gjennomfører kartleggingen og når i forløpet?
- Hvem gjør hva når?
- Hvem er det som setter koden i DIPS
- Dette får vi til
- Hva må vi arbeide videre med og som oppleves utfordrende
- Hvordan har det vært å delta i læringsnettverket, har det hjulpet?

«Kur-gjengen» som inkluderer pasientene hos oss Kvinneklirikken Ahus



Navn: f. venstre: Hanne Cecilie Kjærnli, Tine Bredesen Bakkom, Jeanette Aune, Sara-Helen Sandvik, Inger Tustervatn