

Helsefelleskapet for Ahus og kommunene
Helsefelleskapet for Ahus og bydelene

Velkommen til
**KICK OFF – Pakkeforløp
hjem for pasienter med kreft**

Velkommen og introduksjon

Anita Nilsen, kommunalsjef Nesodden kommune

Program

- 11.00 – 11.15 Velkommen og introduksjon ved Anita Nilsen, kommunalsjef Nesodden kommune
- 11.15 – 11.30 Hva er pakkeforløp hjem? ved Vibeche Fahsing, spesialrådgiver/kreftsykepleier, Kreftforeningen
- 11.30 – 11.45 Løypemelding fra kommunene – status plan for implementering ved Line Finstad, kreftkoordinator Nannestad kommune og Siri Vimo Garner, kreftkoordinator Bydel Alna
- 11.45 – 12.00 Løypemelding fra Ahus - status plan for implementering ved Øyvind Antonsen, ass. fagdirektør Enhet for medisin og helsefag
- 12.00 – 12.30 Pause med enkel lunsj
- 12.30 – 12.45 Hva er viktig for meg? - sett fra brukerens ståsted ved Marit Høgås
- 12.45 – 13.00 Plan for pilot ved Øyvind Antonsen, ass. fagdirektør Enhet for medisin og helsefag
- 13.00 – 14.00 Hva må på plass på Ahus og hva må på plass i kommuner/bydeler? Innspillrunde i plenum og oppsummering for videre arbeid

Hva er pakkeforløp hjem?

Vibeche Fahsing, spesialrådgiver/Kreftsykepleiere, Kreftforeningen

Kick off AHUS sektor 25.03
Hva er pakkeforløp hjem ?

Kreftforeningen

Medlems og
interesseorganisasjon

Aktiv rolle inn
Pakkeforløp hjem –
sittet i alle gruppene

Pådriver politisk,
strategisk,
brukerstemmen

Innspill

Samhandling

Høringsinstans

Kreftforeningen Distriktskontor Oslo spesialrådgiver Vibeche Fahsing

- 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

Mandatet Pakkeforløp Hjem

- I mandatet for utarbeidelse av Pakkeforløp hjem heter det at: *«(...) skal sikre god oppfølging i overgangen fra sykehus til kommune. Det skal blant annet sikre at rehabilitering er en del av tilbudet til kreftpasientene som trenger det, og at pasienter og pårørende får tilbud om psykososial oppfølging. Dette kan gjerne skje i samarbeid med frivillige organisasjoner. Det skal også være et spesielt fokus på seneffekter».*

Sitat av Bent Høie:



Foto: Bent Høie / NTB scanpix

Vi skal ha større oppmerksomhet på pasientenes behov for oppfølging etter avsluttet kreftbehandling. Dette er ett av de viktigste satsingsområdene i kreftomsorgen de neste årene.

Slik: 19/10/16, 6. mars 2018



Faglig grunnlag for pakkeforløp hjem

- *Pakkeforløp for kreft*
- *Nasjonale handlingsprogram for kreft*
- *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*
- *Seneffekter*
- *Kontaktlegeordningen*
- *Pårørendeveilederen*
- *Fysioterapi ved kreft*
- *Rehabilitering*
- *Nasjonal nettverksgruppe for arvelig kreft*
- *Nasjonal nettverksgruppe for patologi*
- *Fastlegenes bidrag*



Pakkeforløp

Superkort om pakkeforløp

- Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som de fleste pasienter kan følge. Det beskriver det medisinskfaglige forløp, pasientinformasjon, den organisatoriske tilretteleggelse og forløpstider.
- Formål: unngå ikke-faglig begrunnet ventetid ved utredning og behandling av kreft.
- Multidisiplinær organisasjon og teamkonferanser.
- Forløpet fastlagt på forhånd og tider booket.
- Forløpskoordinator.
- Brukermedvirkning.

- **Pakkeforløpene er logistikk.**

Pakkeforløp hjem kreftpasienter

- **Nøkkellroller - sykehus**
- Kontaktlege
- Forløpskoordinator
- Koordinerende enhet
- Læring og mestringscenter, sosionom, psykolog +++
- Pusterom
- Vardsenter

Nøkkellroller – kommune

Fastlege
Kreftkoordinator
Primærhelseteam - tverrfaglige team
Forvaltningskontor / koordinerende enhet
NAV
Skole ,barnehage , helsestasjon
Frisklivsentrall
Frivilligheten

Brukermedvirkning
Likepersonsarbeid,
Ulike tilbud

Pakkeforløp hjem 2022

Pakkeforløpet inneholder 3 samhandlingspunkt:

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

Behovskartleggingen skal bidra til at pasientenes livssituasjon og ulike behov for oppfølging blir avdekket gjennom forløpets ulike faser, og til å sette fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient.

Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, skal dokumenteres i pasientens journal og formidles til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Kreftforeningen Distriktskontor Oslo spesialrådgiver Vibeche Fahsing

Helsefelleskap og pakkeforløp hjem



- **Verdt å merke** :Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft, uavhengig av om de allerede er i et **diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon.**
- **Pasienter som får tilbakefall/residiv inkluderes også i pakkeforløpet.**
- Pakkeforløpet omfatter **også barn.**

Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapene

Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Barn og unge

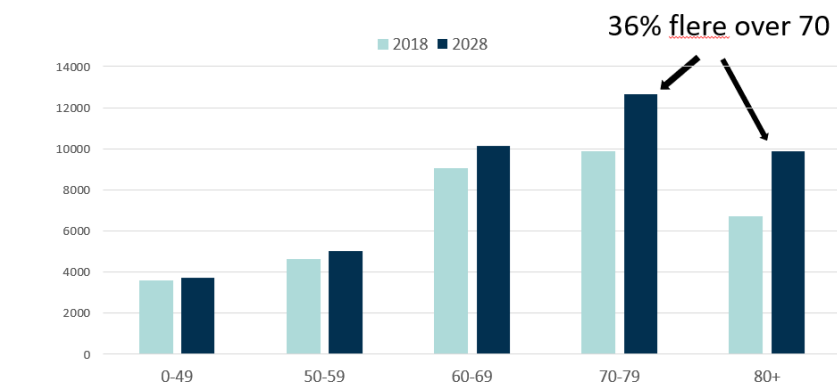


Skrøpelige eldre

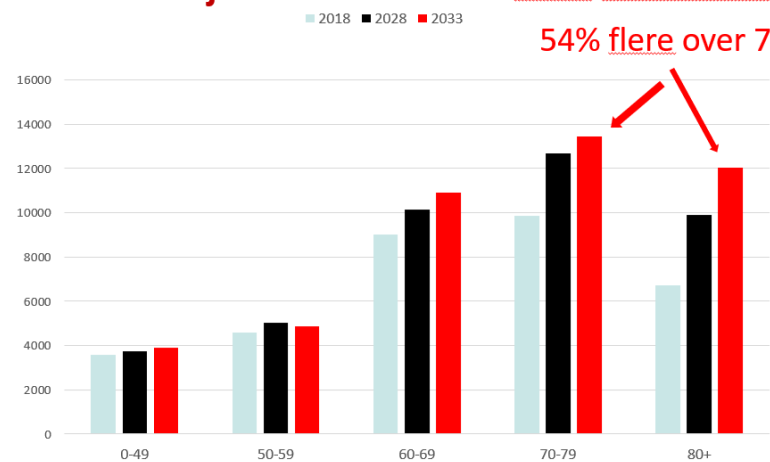
Personer med flere kroniske lidelser

Kreftforeningen Distriktskontor Oslo spesialrådgiver Vibeche Fahsing

Prediksjon for 2028: 23% flere krefttilfeller



Prediksjon for 2033: 34% flere krefttilfeller



Pakkeforløp hjem

- Digitalisering
- Brukermedvirkning, samvalg – «**hva er viktig for deg**»
- Helsekompetanse
- Hjemmebehandling
- Hjemme oppfølging
- Prehabilitering / rehabilitering
- God lokal kreftomsorg og organisering – overførbar kunnskap og kompetanse til andre pasientgrupper
- Kommunal forvaltning og system – og kommunalt TEAM arbeid

Sykehustalen 11.01.2022

- Målet for all samhandling er gode og sammenhengende pasientforløp.
- Vi må jobbe sammen for at helsellskapene blir en drivkraft for å forbedre tjenestene til de som er de mest sårbare pasientgruppene
- Det er ikke “oss” i sykehusene og “dem” i kommunene, men “vi” sammen som lager gode pasientforløp



Kreftforeningen Distriktskontor Oslo spesialrådgiver Vibeche Fahsing

Div lenker

- <https://www.helsenorge.no/samvalg/>
- <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-hjem-for-kreft/>
- <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/02/08/de-opprinnelige-malsetningene-for-pakkeforlop-hjem-har-gradvis-forvitret/>
- <https://kreftforeningen.no/>

Løypemelding fra kommunene – status plan for implementering

Line Finstad, kreftkoordinator Nannestad kommune og
Siri Vimo Garner, kreftkoordinator Bydel Alna

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

PERSPEKTIV FRA KOMMUNE OG BYDEL

KREFTKOORDINATOR ALNA BYDEL –
SIRI GARNER

KREFTKOORDINATOR NANNESTAD
KOMMUNE – LINE FINSTAD

Hvor er vi nå?

- I planleggingsfasen for implementering
- I kommune og bydel jobbes det med:
 - Mottaksapparat
 - Kontaktperson
 - Ansvarsfordeling
 - Kontaktpunkt med samarbeidspartnere?

Praktisk avklaringer

- Samtale med behovskartlegging
 - Fysisk? Telefon?
 - Fylt i skjema selv på forhånd? Digitalt?
- Bruke kartleggingsskjema eller temaområder?
- Koding i kommunen?
- Kan tildeling/mottak svare Ahus på EDI ved behov for avklaringer?
- Samtykke
- Hva med barn og personer på sykehjem?

Planlagt flyt fra bydel

Mottatt behovskartlegging

- Opprette ny tjeneste «pakkeforløp hjem»
- Tiltakspakke
- Skriftlig info ut om kontaktpunkt og kartleggingsskjema/tema
- Be pasient ta kontakt om en ønsker kontakt før samhandlingspunkt 2
- Bruke digihelse/innbyggdialog?

Samhandlingspunkt 2

- Fysisk? Telefon?
- Innkalt via helsenorge?
- Kartlegge om behov?
- Legge inn i aktuelle tjenester ved behov utover samhandlingspunkter
- Dokumentasjonsmal

Samhandlingspunkt 3

- Fysisk/ telefon?
- Avslutte tjeneste pakkeforløp

Utfordringer i kommune/bydel

- ▶ Flere henviste kreftpasienter til kommunen
- ▶ Koordinering/samhandling mellom instanser i kommunen som ikke tradisjonelt samhandler/har samme system
- ▶ Ressurser og tidsbruk
- ▶ Fastlege
- ▶ Mange ulike avdelinger/kreftdiagnoser på sykehus
- ▶ Mange ulike kommuner/bydeler
- ▶ Flere sykehus



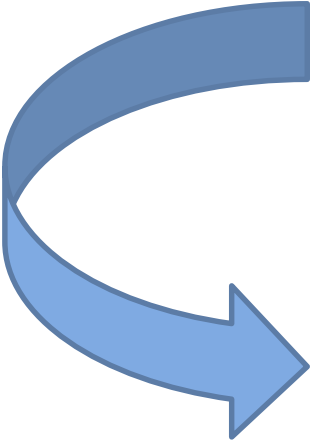
Løypemelding fra Ahus - status plan for implementering

- Ahus har opprettet en implementeringsgruppe
- Implementeringsplan under utarbeidelse
- HSØ ressursgruppe Pakkeforløp kreft
- Felles dokumentmal i DIPS EDI dokument
 - Inkludert en veileder
- Når pasient er på to sykehus, hvem gjør kartleggingen
 1. Familiesituasjon og nettverk
 2. Jobb/skole/utdanning
 3. Økonomi og boforhold
 4. Fritid/sosiale aktiviteter
 5. Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
 6. Ernæring/mat/måltider
 7. Oral helse
 8. Psykisk helse
 9. Seksuell helse
 10. Ivaretagelse av egen helse
 11. Egne ressurser / læring og mestring
 12. Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
 13. Rehabilitering
 14. Kontaktpunkt i kommunen

Implementeringsplan
Pakkeforløp hjem for pasienter med
kreft
Akershus universitetssykehus



Hva er innholdet i pakkeforløp hjem



1. Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose

Samtale med behovskartlegging

Dokumentere og formidle

2. Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose

Samtale med behovskartlegging

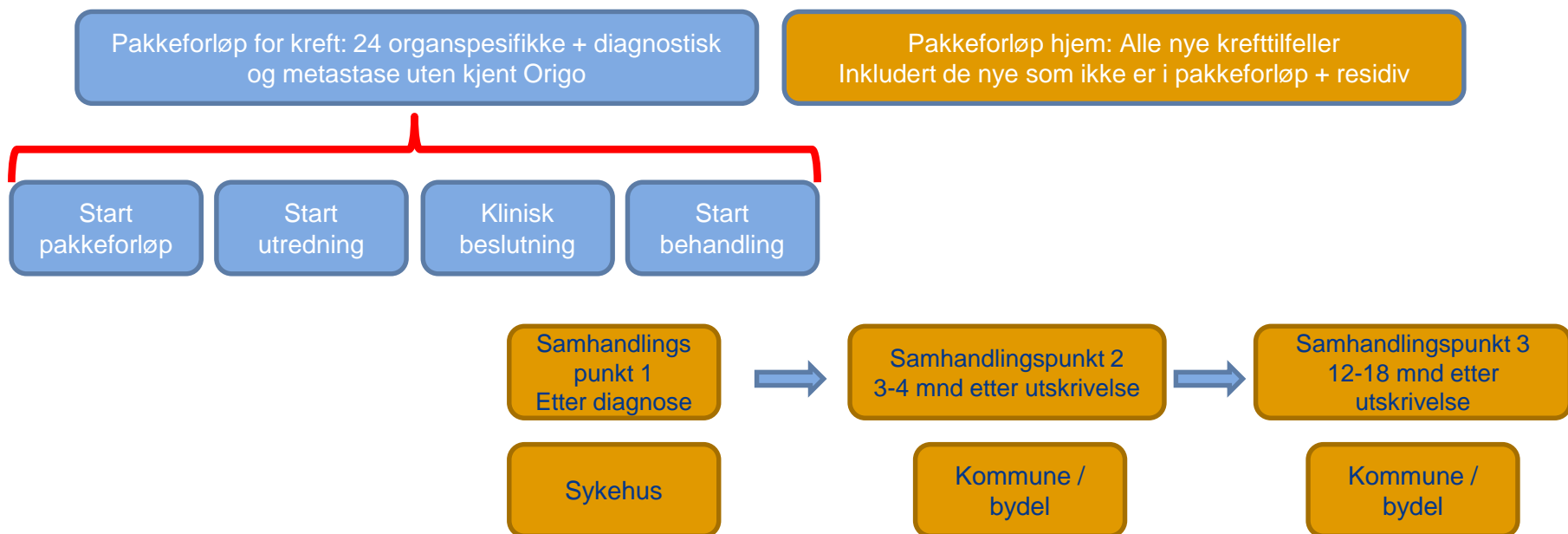
Dokumentere og formidle

3. Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen 12–18 måneder etter en kreftdiagnose

Samtale med behovskartlegging

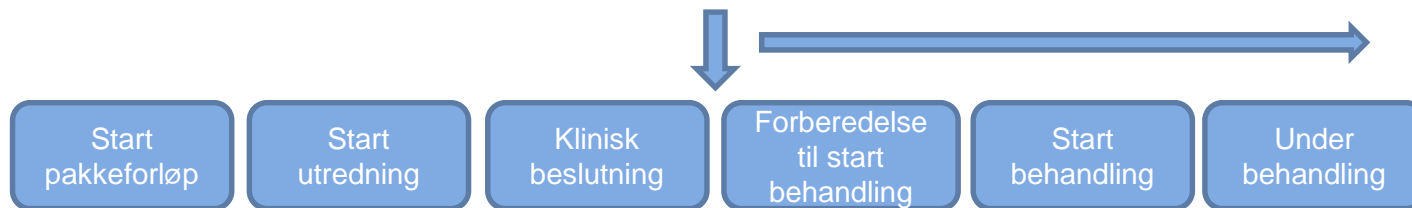
Dokumentere og formidle

Hva innebærer dette for oss



Hvem skal ha ansvaret for behovskartleggingen på Ahus

- Ikke avklart men forløpskoordinator får en sentral rolle
- Når er pasienten klar for en behovskartlegging
- Den skal gjøres etter klinisk beslutning
 - mens pasienten deltar på prehabilitering (forberedelse til behandling start)
 - etter pasienten er operert
 - når pasienten starter cellegiftbehandling
 - når pasienten starter strålebehandling





**Pause
med
enkel
lunsj**

Hva er viktig for meg?

25/3-22

Marit Høgås – kreftoverlever!

« Det er ikke den sterkeste som overlever, heller ikke den mest intelligente, men den som takler endring »

(Charles Darwin, hentet fra Ringen om mestring, mestring.no)

Min motivasjon
for å bli frisk!

Maria & Fredrik



Sykdomsforløp



- **Jan 2007** – fikk diagnose livmorhalskreft, stadium 2b
- **Feb 2007** – startet behandling på Radiumhospitalet, cellegift og stråling i 10 uker
- **Juni 2007** – spredning til lymfene, nye runder med cellegift, senere 29 behandlinger med Avastin
- **Sept 2009** – avsluttet behandling grunnet bivirkninger

- **Nov 2011** – kreften vokser i lymfeknute hals (stråling x 30)
- **Des 2011 - 2014**– kontroll hver 3. - 4. mnd.

- **Des 2014** - overført til Ahus – årlige kontroller frem til juli 2021

Seneffekter

- Lymfødem
(fysioterapi, pulsator, bandasjering, målsydde kompresjonsplagg)
- Stråleskader blære og tarmer
- Arrvev i mage/buk
- Polynevropati føtter
- Energitap
- Dårlig hukommelse og konsentrasjon
- Ny kropp og nytt sexliv



Livet akkurat nå



- Jobber 60% som personalrådgiver
- Lymfedrenasje og styrketrening hos fysioterapeut

- Likeperson i Gynkreftforeningen
- Deltar med min historie inn på LMS-kurs for gynkreftpasienter og onkologiske pasienter og deres pårørende
- Samtaler med kreftsykepleier Unni

- Bruker tid på aktiviteter og mennesker som **gir** meg energi!
- Har forstått at livet er her & nå!
- Velger å lage meg gode dager!

Plan for pilot

Hvorfor pilot:

- Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft er ikke kjent i tjenestene tilstrekkelig til at det kan implementeres fra dag 1
- Ahus kan heller ikke starte før kommune/bydel er klar
 - Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skaper forventninger
- Vi må være enige om hva det er og ikke minst hva det ikke er

I dag starter vi planleggingen av piloter sammen

- Vi ser for oss 4 piloter i vårt opptaksområde i mai og juni
 - Hver pilot tester ut ulike organspesifikke forløp
- Samarbeid mellom kommuner for å sikre >25 pasienter i perioden
- Opptaksområdet bør være + 40 000 for hver pilot

Pilot 1

Tykk og endetarmskreft, Spiserør og magesekk-, galleveiskreft-, pankreas- + residiv

Forslag til kommune: Nesodden + + +

Pilot 2

Brystkreft, + ett til +residiv

Forslag til kommune: Ullensaker + + +

Pilot 3

Lungekreft, diagnostisk pakkeforløp

Forslag til kommune:

Pilot 4

Prostata-, blære-, nyrekreft + residiv

Forslag til kommune:

Evaluering juni / juli og august

Grunnlag for læringsnettverk høsten 2022

Hva må på plass på Ahus og hva må på plass i kommuner/bydeler?

Innspillrunde i plenum og oppsummering for videre arbeid

Vel hjem