

Standardisert pasientforløp: Den palliative kreftpasient i Orkdalsregionen

Nasjonal konferanse for alders- og sykehjemsmedisin 2017

Liv Ågot Hågensen

Kreftkoordinator i Orkdalsregionen, kreftsykepleier i Skaun
kommune og prosjektmedarbeider i «Orkdalsmodellen»

Et samarbeidsprosjekt mellom spesialisthelsetjeneste
og kommunehelsetjeneste om bedre kreftomsorg
for befolkningen i Orkdalsregionen

Orkdalsmodellen

«fremtidens kreftomsorg»

Les mer på www.palliasjon-midt.no/forskning/orkdalsmodellen

Orkdalsmodellen; hva er det?

- Et samhandlingsprosjekt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om bedre kreftomsorg
- Forbedre helsetjenestene til palliative kreftpasienter og pårørende gjennom bedre samhandling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, og innad i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i Orkdalsregionen
- Hovedelementene i Orkdalsmodellen; **pasientforløp**, kompetanseheving, informasjon og evaluering

Reformer, strategier, veiledere og rapporter innen palliasjon



KOMPETANSESENTER
I LINDRENDE BEHANDLING
MIDT-NORGE

Samhandlingsenheten
i Orkdalsregionen



St.meld. nr. 47

(2008–2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid



Sammen – mot kreft

Nasjonal kreftstrategi 2013-2017

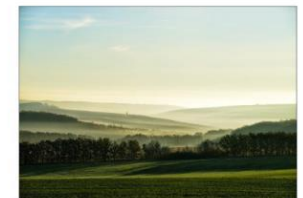


SINTEF A27750 - Åpen

Rapport

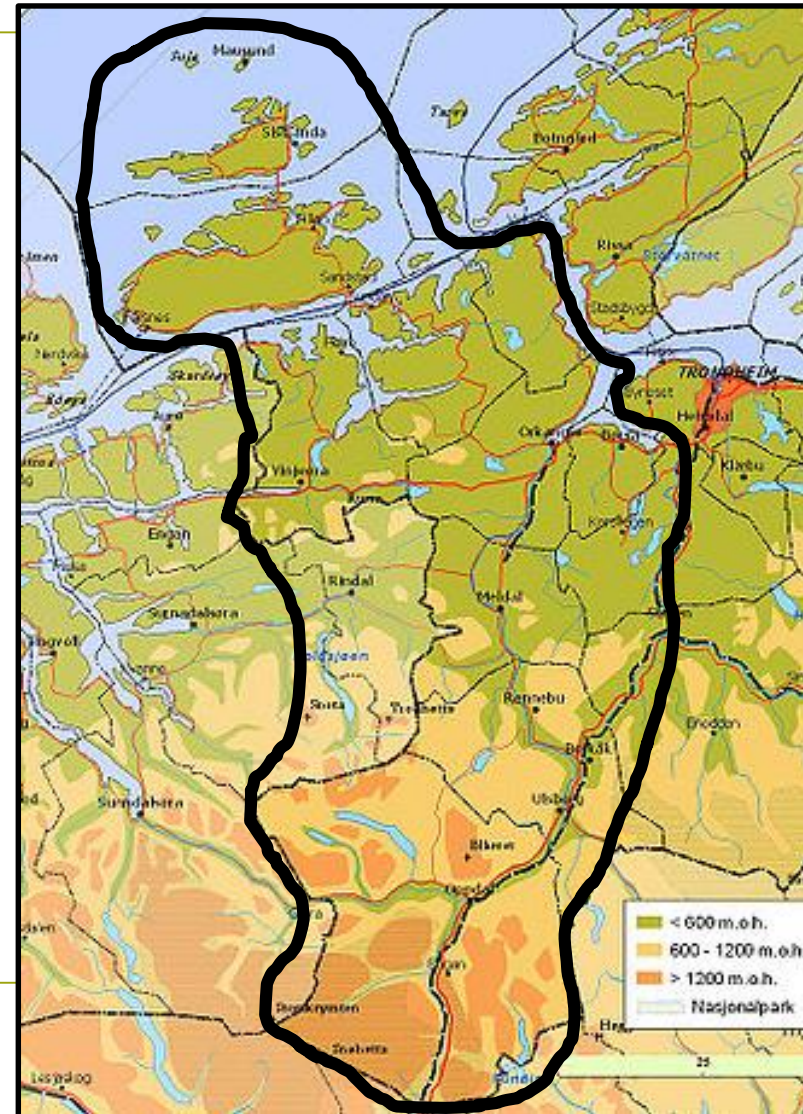
Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg

Forfattere
Line Skelby
Anita Cise, Thomas Halvorsen, Sissel Steinhilg



Ut fra disse føringer

- Behov for økt kompetanse i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å nå sentrale mål i palliasjon
- Geografiske utfordringer i regionen
- Hvordan sikre like godt helsetilbud til kreftpasienter uavhengig av hvor de bor?



Fokusområder i pasientforløpet

- Overganger
- Kompetent helsepersonell 24/7
- Kontaktinformasjon og kontaktpunkt
- Symptomkartlegging
- Overføring av medisinsk informasjon
- Fastlegens rolle
- Helhetlige kartlegginger; ressurser og behov
- Ivaretagelse av pårørende
- Maler for samtaler



98 pasienter sendt hjem uten at hjemmetjenesten visste det

NIUE, Adresseavisen og Aftenposten

Marianne Johnsen: Implementering av standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasienten- helsepersonells erfaringer. Masteroppgave NTNU,2016

- Intervju med helsepersonell: 20 helsepersonell er intervjuet totalt - 8 fra sykehus og 12 fra kommuner
 - 6 sykepleiere
 - 6 leger (2 fra sykehus, 3 fastleger og 1 sykehjemslege)
 - 2 helsefagarbeidere
 - 2 helsesekretærer
 - 4 ledere

Funn:

- «Helsepersonell som bruker pasientforløpet har erfaringer med og eksempler på at implementeringen av standardisert pasientforløp fører til at man i større grad enn tidligere når sentrale mål i palliasjon.
- De opplever at pasientene blir bedre symptomlindret, i større grad kan være hjemme eller nærmest mulig hjemmet.
- De erfarer også at pasienter med sammensatte problemstillinger får mer helhetlige og koordinerte tjenester enn tidligere, der pasientforløpet er implementert».

Kriterier for å lykkes:

- «Informasjon, undervisning og møter tilpasset ulike profesjoner og roller i prosjektet
- Ledelsesforankring
- Nettverk for ressursykepleiere
- Implementeringsagenter (lokale opinionsledere)
- Praksisbesøk
- Monitorering og tilbakemelding (kontakt mellom kreft poliklinikk, avd. B4 og kommunehelsetjenesten)
- Bruk av sjekklister

Marte Neverdal og Kristina Rystad: Om å samhandle om samhandling Masteroppgave NTNU, 2015

Utfordringer for etablering av standardiserte pasientforløp over helsetjenestenivåene:

1. Kulturforskjeller

- Ulike perspektiv på pleie
- Forskjellig målforståelse
- Ulik forståelse av hva et forløp er

2. Organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering

- Behov for tilpasning og tilrettelegging er ulik
- Ikke egnede elektroniske løsninger på tvers

3. Ulike prioriteringer

- Spesialist og kommunehelsetjenesten prioriterer ulikt

stolav.no- pasientforløp- Oversikt over godkjente pasientforløp- Kreft

Standardisert pasientforløp: Den palliative kreftpasienten
i Orkdalsregionen



http://data.stolav.no/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_25343/index.html

Lenker fra boksen

Primærhelsetjenesten

[2016.08.01. Fastlegens rolle.doc](#)

[2016.08.01. Sykehjemslegens rolle.doc](#)

[Kontaktinformasjon for helsepersonell, 29.04.16.doc](#)

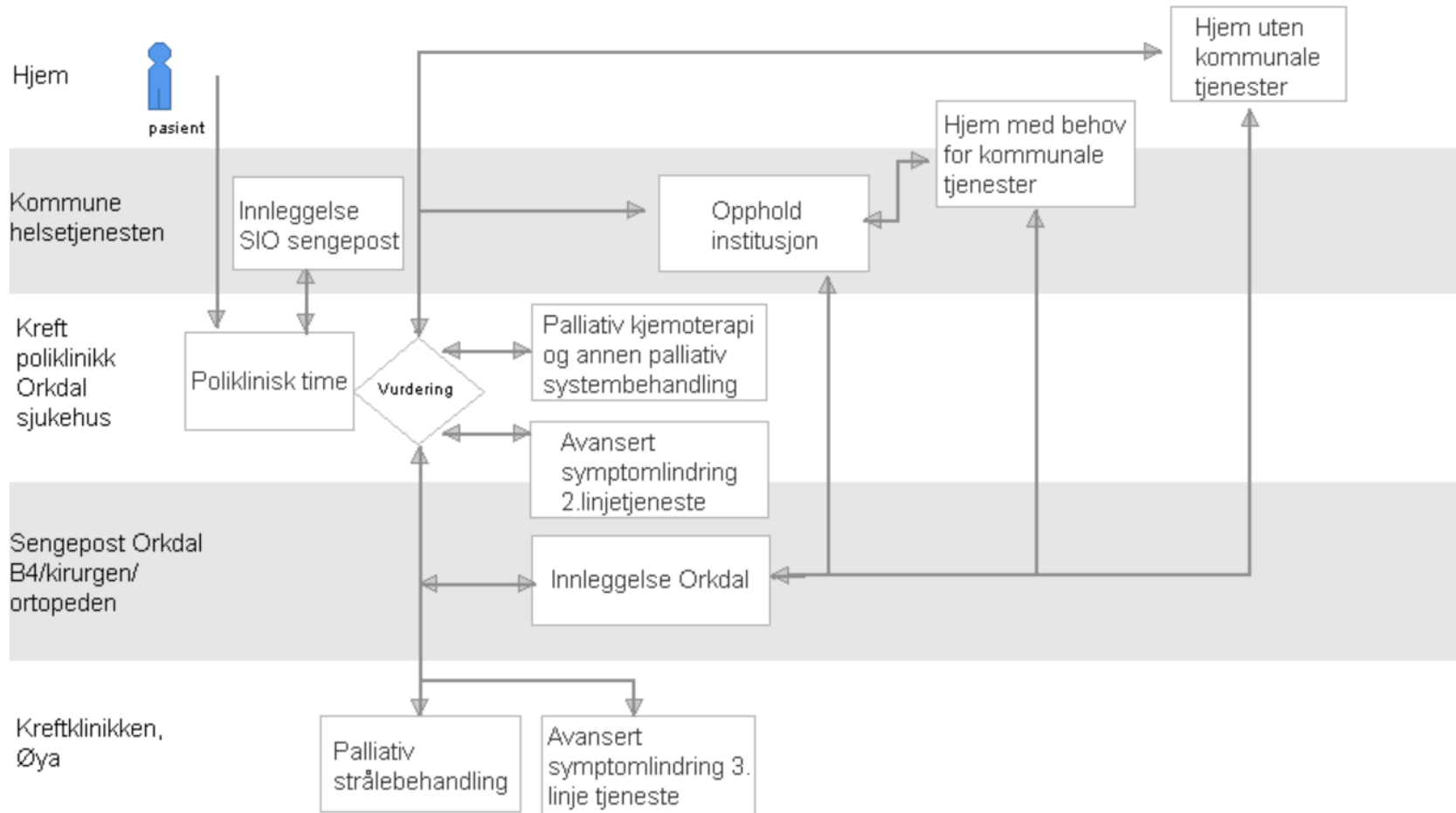
[Kontaktinformasjonsskjema. Ressurspersoner innen kreftomsorg og lindrende behandling i SIO- kommunene..doc](#)

[Telefonhenvendelser på kveld, natt og helg til SLB vedrørende pasienter tilknyttet Kreft poliklinikk Orkdal](#)

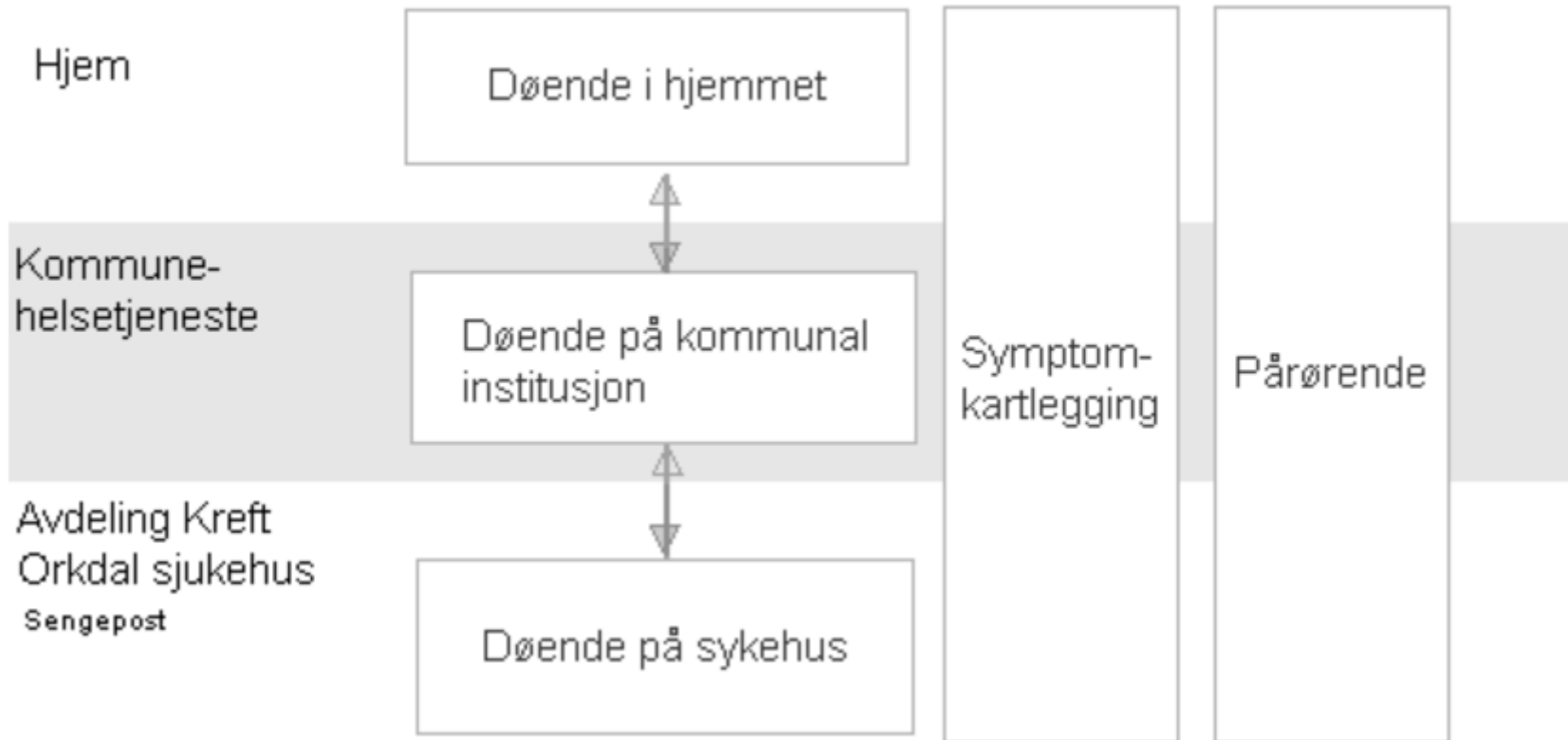
[Onkologi. Palliativt team Orkdal](#)

[Onkologi. Henvisning av palliative kreftpasienter til Kreft poliklinikk, Orkdal Sjukehus](#)

Pilen «Behandling og oppfølging»



Pilen «Omsorg ved livets slutt»



Lenker fra boksen «Døende på kommunal institusjon»

[1 Sjekkliste for innleggelse utskrivning fra sykehus for kommunehelsetjenesten.doc](#)

[2 Sjekkliste ved mottak av helseopplysninger på e-melding.doc](#)

[Palliasjon - Familiesamtale](#)

[Palliasjon - Samtale med pårørende når pasienten er døende](#)

[Palliasjon - Tiltaksplan ved omsorg for døende pasienter](#)

[De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase](#)

[Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen](#)

[3 Første vurderingsbesøk i hjemmet institusjon.doc](#)

[4 Kartleggings skjema ved kreftsykdom. Tilleggsskjema til skjema 3.doc](#)

[5 Kartleggings skjema for den palliative pasient.doc](#)

[Norsk legemiddelhåndbok. T21 Palliativ behandling](#)

Brukervennlighet

- Ikke søkemotor; vi ønsker det
- Vi har forsøkt å plassere dokumentene der det er mest logisk å finne dem
- Helsepersonell rapporterer at det er «stort» og vanskelig å finne frem
- Gå inn i boksen hvor du jobber.....
- Alle dokumenter i pasientforløpet kan skrives ut

SJEKKLISTER og kartleggings skjema er til for å brukes; vi husker ikke alt!

Oppsummering

- Svært nyttig å møtes på tvers for å øke forståelsen for hverandres arbeidshverdag; kulturforskjellene var store men har blitt mindre!
- Kommunehelsetjenesten må kobles på så tidlig som mulig i forløpet
- Viktig at spesialisthelsetjenesten har tillit til at kommunehelsetjenesten ivaretar pasienten
- «Palliasjon er teamarbeid» Kompetanseoverføring, refleksjon
- Ressurspersoner og implementeringsagenter sentralt

Tanker til slutt

- Pasientforløpet for den palliative kreftpasienten – en liten del av omsorgstjenestens hverdag; lite brukt av den grunn?
- Overførbarhet til andre kroniske sykdommer
- Stor fleksibilitet i kommunene i regionen; personavhengig ? ildsjeler? sårbart?
- Styrke den palliative kompetansen på sykehjem
- Vi må jobbe videre med kompetanseheving og implementering og videreutvikling av pasientforløpet

Vi er på rett spor

