

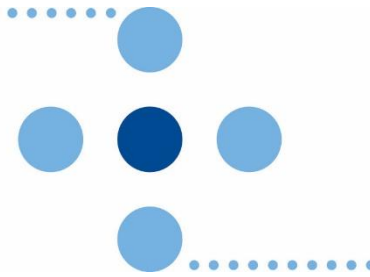


# Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - bakgrunn og praksis

Bardo Driller

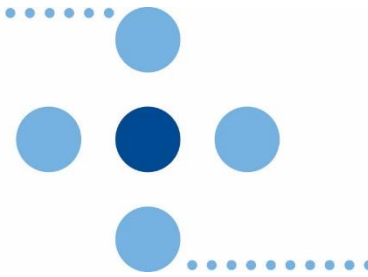
Lege på palliativt team, Enhet for Kreftbehandling og  
Palliasjon Nordmøre og Romsdal

# Bakgrunn



- Pasienter under kreftbehandling mister (ofte) kontakt til fastlegen
- Kreftpoliklinikk ledsager pasienten gjennom en krevende livsfase
- Hjelp fra kommunehelsetjenesten blir (ofte) igangsatt sent og starten er styrt av utfordringer rundt symptomlindring og dårligere funksjonsnivå
- «Å kunne være hjemme» betyr mye for de fleste pasienter
- Kreftkoordinator er et viktig bindeledd

# Ønsket sted å være i livets slutfase...i Romsdal



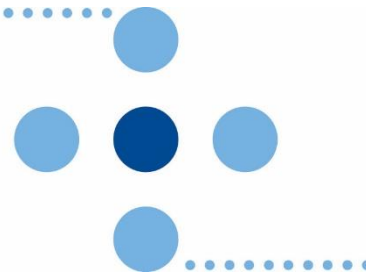
Mange personer, både friske og syke, tenker gjennom hvor de en gang ønsker å dø. Når den tiden kommer, og du selv kunne velge, hvor ville du helst dø?

- 151 pasienter under palliativ kreftbehandling – 122 svar (siste ønske i forløpet)
  - **Hjemme = 62%**
  - På sykehjem = 15%
  - På sykehus = 14 %
  - Annet = 9%
- 14 pasienter (11%) byttet ønsket sted i forløpet

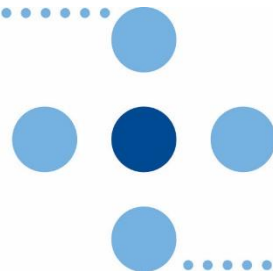
# Bakgrunn

- Norge har laveste antall hjemme-dødsfall blant kreftpasienter sammenlignet med andre vestlige europeiske land (16% i 2021, Dødsårsaksregisteret)
- 95% av kreftpasienter ønsker å ta avgjørelser vedrørende behandling og pleie selv hvis de er i stand til det
- 88% ønsker å snakke med helsepersonell om sine preferanser for livets siste fase
  - Helsepersonell opplever barrierer i forhold til å starte samtaler om livsperspektiv ved alvorlig sykdom

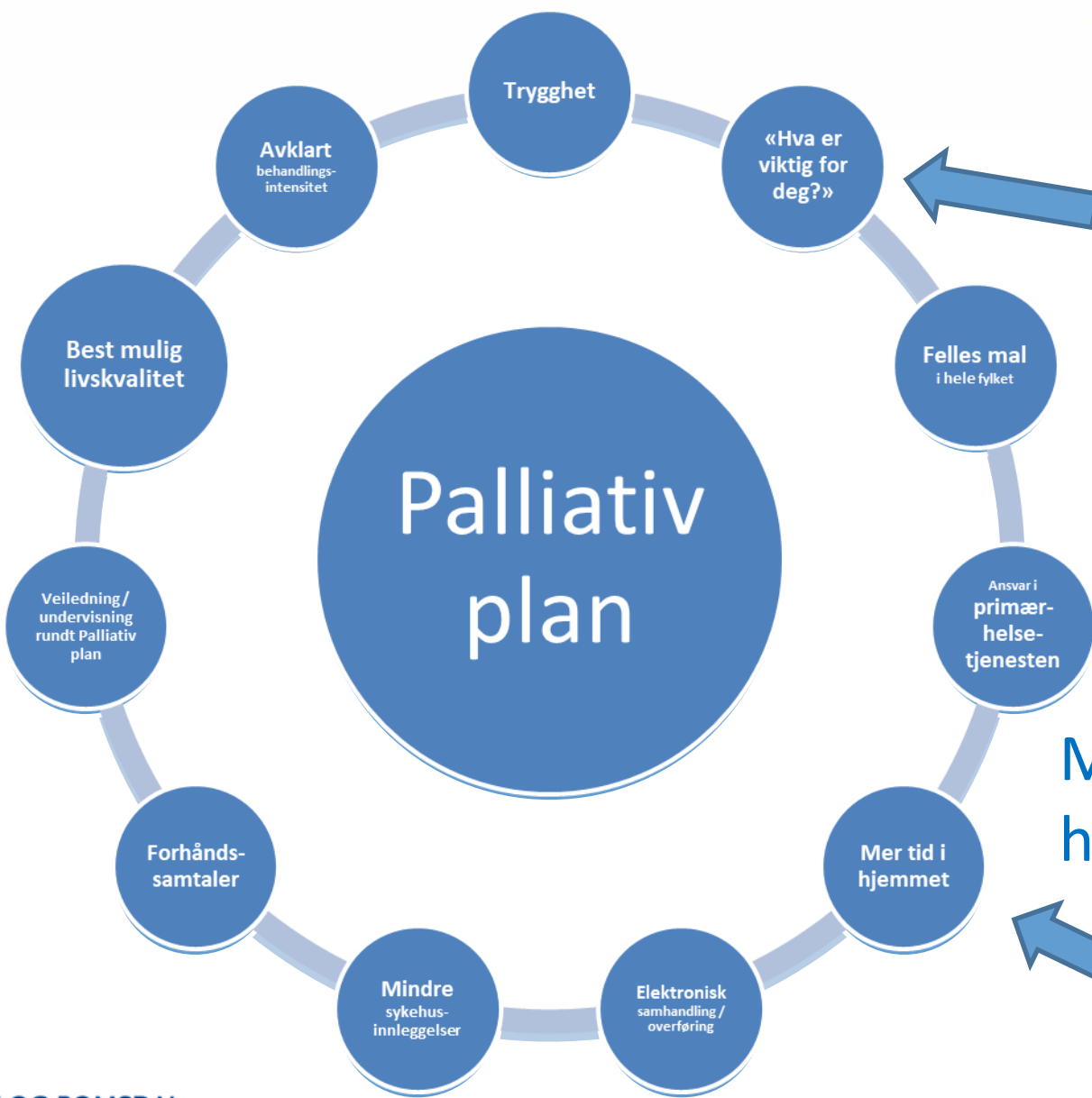
# Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft



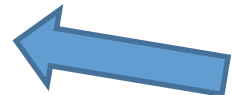
- Skal bidra til økt fokus på livskvalitet
- Skal gi kreftpasienter en bedre stemme
  - Hva er viktig for deg?
- Skal synliggjøre og støtte pasientens preferanser om ønsket sted for behandling pleie og omsorg
- Skal bidrar til trygghet for pasienter, pårørende og helsepersonell på tvers av helsetjenestenivåer



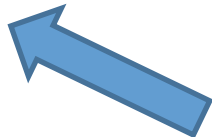
Best mulig livskvalitet



Hva er viktig for deg?



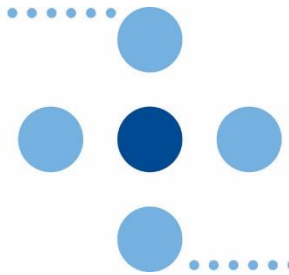
Mer tid i hjemmet



# Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft «pakkeforløp hjem»

- Kartlegging og oppfølging av pasientens behov utover selve den medisinskfaglige kreftbehandlingen
- Gjelder alle pasienter som får en kreftdiagnose uavhengig av:
  - behandlingsforløpet
  - kurativ eller palliativ intensjon
- Pasienter med tilbakefall/residiv inkluderes også
- Henvisning til kommunen og behovskartlegging 3-4 og 12-18 måneder etter en kreftdiagnose

# Kartlegging

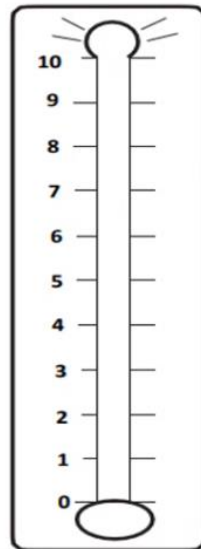


## NCCN Guidelines Version 2.2017 Distress Management

### NCCNS TERMOMETER FOR GRAD AV PÅKJENNING

Instruksjoner: Sett en ring rundt tallet (0–10) som best beskriver hvor stor grad av påkjenning du har opplevd den siste uka, inkludert i dag.

Ekstrem påkjenning



Ingen påkjenning

### LISTE OVER PROBLEMER

Angi om noe av det følgende har vært et problem for deg den siste uka, inkludert i dag.

Pass på å krysse av JA eller NEI for hvert punkt.

#### JA NEI Praktiske problemer

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

#### Familiære problemer

- Forhold til barn
- Forhold til partner
- Mulighet til å få barn
- Helseproblemer i familien

#### Emosjonelle problemer

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

- Andelige/religiøse bekymringer

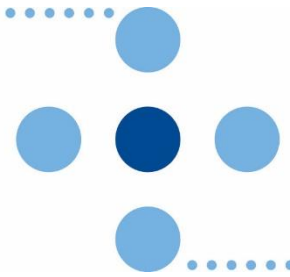
#### JA NEI Fysiske problemer

- Utseende
- Hygiene/påkledning
- Pusten
- Endringer i vannlating
- Forstoppelse
- Diaré
- Spising
- Tretthet
- Føle seg oppblåst
- Feber
- Mobilitet (ta seg frem)
- Fordøyelse
- Hukommelse/konsentrasjon
- Sår i munnen
- Kvalme
- Tørr/tett nese
- Smerter
- Seksualitet
- Tørr/kløende hud
- Søvn
- Rusmisbruk
- Prikking i hender/føtter

Andre problemer: \_\_\_\_\_



# Spesialisthelsetjenesten



 HELSE MØRE OG ROMSDAL

## Når og hvordan implementere dette i HMR HF?



- Implementering og gjennomføring av pakkeforløpet er godkjent i fagdirektørmøte HMR (fagdirektør, medisinsk fagsjef og kliniksjefer)
- Samhandlingspunkt 1 + henvisning til kommunen = spesialisthelsetjenestens ansvar
- **Hvordan sikre at samhandlingspunkt 1 i pakkeforløpet utføres på en integrert og standardisert måte i HMR HF?**

# EQS ID 61689

1. Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose

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

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

## Pakkeforløp hjem - før HP

Forfatter: Unni Irene Arnestad Gyldig fra: 24.03.2023 ID: 61689  
Godkjent av: Eli Klara Otterlei Revisjonsfrist: 23.03.2024 Revisjon: 1.0



Behandlingsansvarlig lege dokumenterer i et journalnotat/poliklinisk notat og henviser til saksbehandlingstjenesten i kommunen via brev av notatet (egen mal benyttes) med kopi til fastlegen og henvisende lege. Dokumenteres i journal

Informeres om at pasienten senere kan ta kontakt med kommunen selv. Dokumenteres i journal



Kommunen/  
Kreftkoordinator

Mottar brev og fortsetter med Samhandlingspunkt 2 og 3

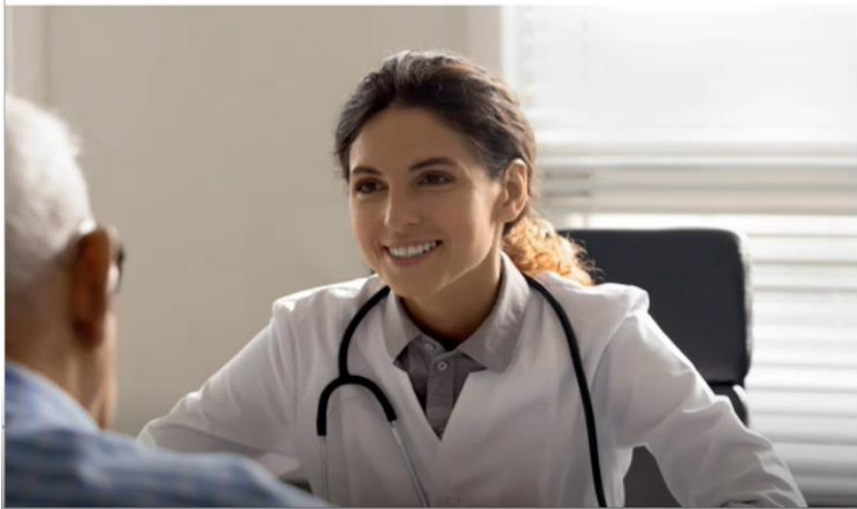
# Henvisning pakkeforløp hjem kreft

- Pasienten ønsker ikke videre oppfølging i kommunehelsetjenesten i henhold til pakkeforløp hjem, ønsker kun oppfølging av fastlegen.
  - Pasienten er informert om at vedkommende selv kan ta kontakt med kommunehelsetjenesten senere.
- Pasienten har gitt samtykke til deling av relevant informasjon:
  - Pasienten ønsker videre oppfølging i kommunehelsetjenesten i henhold til pakkeforløp Hjem, og er informert om at spesialisthelsetjenesten vil dele informasjon om helsetilstanden med helsepersonell i kommunen i henhold til samareid om helsehjelpen jfr. Helsepersonelloven § 25.

# Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet

## Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pasientinformasjon



## Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

### Oppfølging etter kreftdiagnose

Du vil få tilbud om samtalene:



I sykehuset etter at du har fått en kreftdiagnose



I kommunen ca. 3-4 måneder etter at du fikk kreftdiagnosen



I kommunen ca. 12-18 måneder etter at du fikk kreftdiagnosen



Samtalene er et tilbud for deg som har fått en kreftdiagnose.

Hva som tas opp i den enkelte samtale vil avhenge av din livssituasjon og det du ønsker å snakke om.

Du kan ha med deg pårørende eller en venn i samtalen dersom du ønsker det.



Skann QR-koden for mer informasjon om pakkeforløpet



*Snakk med din behandler om dette*



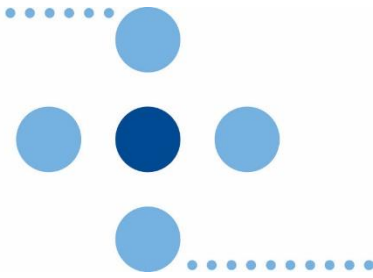
### Aktuelle temaer i samtalene:

- \* Familiesituasjon og nettverk
- \* Jobb, skole, utdanning
- \* Økonomi og boforhold
- \* Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- \* Rehabilitering
- \* Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- \* Ernæring, mat og måltider
- \* Ivertakelse av egen helse
- \* Egne ressurser, læring og mestring
- \* Fritid og sosiale aktiviteter
- \* Psykisk helse
- \* Seksuell helse
- \* Munn- og tannhelse

*I samtalene er det din livssituasjon, og hva som er viktig for deg, som skal stå i fokus.*

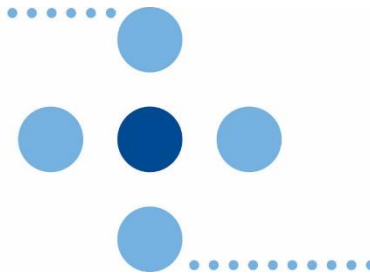
# Rutine i dag

- Sykepleier fra kreftpoliklinikk prøver å introdusere Kreftkoordinator eller kommunalt kreftsykepleier tidligst mulig
  - Personavhengig? Behovsstyrt?
  - Pasienter ser ofte ikke behov / vanskelig å forholde seg til enda mer helsepersonell
  - Hvor det finnes bare en kommunalt kreftsykepleier blir det bare opprettet kontakt for palliative pasienter
- Legene er som regel ikke involvert i henvisning til kommunehelsetjenesten



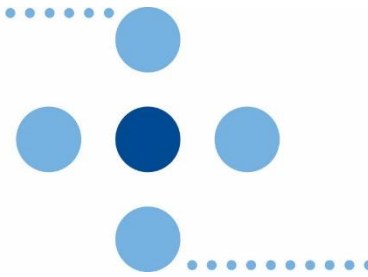
# Forhåndssamtaler og Palliativ plan i primærhelsetjenesten - Advance care planning (ACP)

# ACP forbedring....



- Mindre innleggelser på sykehus ved livets slutt
- Høyere sannsynlighet at lege og pårørende har samme forståelse i forhold til pasientens egne ønsker og forventninger
- Oftere dokumentert avtalte føringer som for eksempel HLR status
- Mindre (intensiv)medisinske tiltak i livets slutfase

# ACP forbedring....



- Høyere sannsynlighet at pasienten dør på ønsket sted
- Mer bruk av hospiz og palliative tjenester
- Bedre fornøyd med kvalitet av pleie og omsorg
  - Bedre kommunikasjon blant pasient, pårørende og helsepersonell



# Retrospektiv studie (n=250)

- Kreftpasienter **sept 2018 – august 2020** som;
  - Hadde kontakt med Enhet for Kreftpoliklinikk og palliasjon Nordmøre og Romsdal, Molde sykehus i tida
  - **Døde innafor tidsrommet**
  - Bodde i en av 9 kommuner i Romsdalsregionen; Aukra, Molde (med tidligere Midsund og Nesset), Hustadvika (tidligere Eide og Fræna), Rauma, Sunndal, Vestnes

Bardo Driller, Bente Talseth-Palmer, Torstein Hole, Kjell Erik Strømskag, Anne-Tove Brenne, Cancer patients spend more time at home and more often die at home with advance care planning conversations in primary health care: a retrospective observational cohort study,, BMC Palliat Care. 2022 May 2;21(1):61. doi: 10.1186/s12904-022-00952-1

# Med forhåndssamtale i primærhelsetjenesten... i gjennomsnitt 9,8 dager mer i hjemmet og 5,3 dager mindre på sykehus de siste 90 levedager

**Table 2** Place of care the last 90 days of life

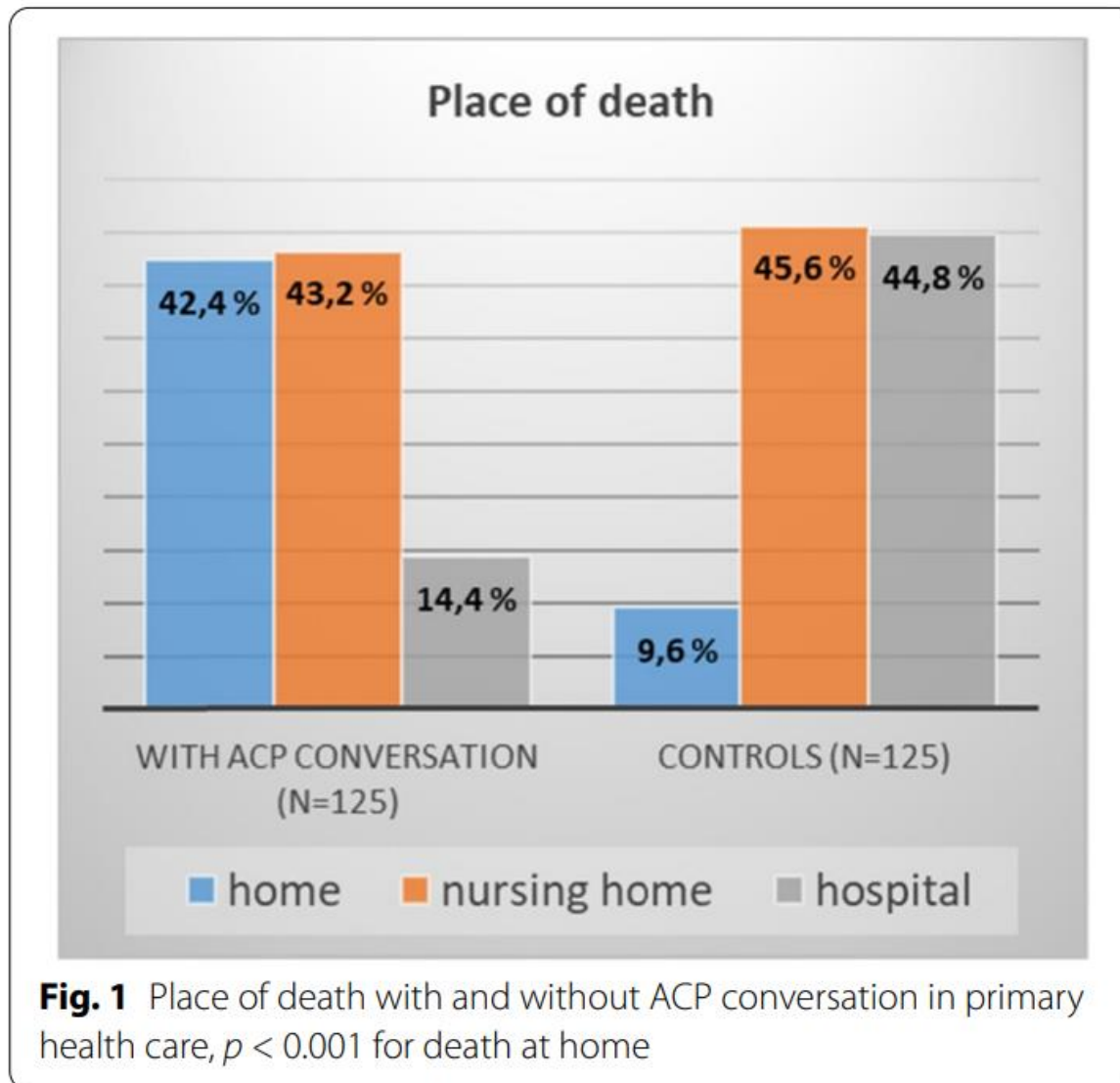
	ACP conversation group (N=125)		Controls (N=125)		p-value
	(M*)	(SD*)	(M*)	(SD*)	
<b>Place of care (days)</b>					
home <sup>c</sup>	65,8	23,6	56,0	24,1	<0.001
nursing home	12,2	21,7	16,7	25,8	
hospital	12,0	11,6	17,3	14,8	
<b>Place of death</b>					
home <sup>d</sup>	53	42,4 %	12	9,6 %	<0.001
nursing home	54	43,2 %	57	45,6 %	
hospital	18	14,4 %	56	44,8 %	

\*M = Mean, SD = Standard deviation

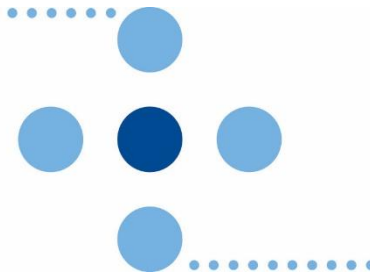
<sup>c</sup> Poisson regression analysis, dependent variable = days at home last 90 days of life, predictor = ACP conversation in primary health care (Wald  $X^2$  (1, n = 250) = 85,06)

<sup>d</sup> Poisson regression analysis, dependent variable = home as place of death, predictor = ACP conversation in primary health care (Wald  $X^2$  (1, n = 250) = 20,64)

# Med forhåndssamtale i primærhelsetjenesten... mer enn 4 ganger høyere sannsynlighet å dø hjemme



# Konklusjon



Det blir **mindre dødsfall på sykehus, mer dager i hjemmet og mer dødsfall i hjemmet**

(blant kreftpasienter men kanskje også andre)


hvis primærhelsetjenesten **gjennomfører forhåndssamtaler og lager palliative planer.**

Det kreves støtte fra spesialisthelsetjenesten (for eksempel uttalelser om prognose av alvorlig sykdom eller medisinske føringer).

# Fra floskel til handling...

 HELSE MØRE OG ROMSDAL

 Aukra  
kommune

 MOLDE KOMMUNE

 Rauma  
kommune

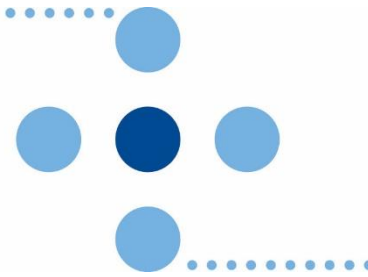
 HUSTADVIKA  
KOMMUNE

 Vestnes  
kommune

## «Fra floskel til handling - Rett pasient på rett sted»

Et individuelt tilpasset helsetilbud for skrøpelige eller eldre multisyke pasienter, med fokus på bruk av forhåndssamtaler og palliativ plan.

# Perspektivet

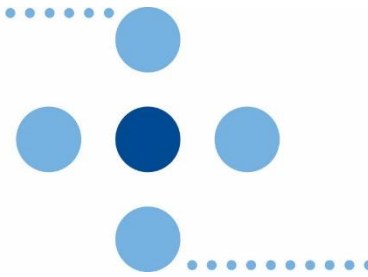


- Spør pasienten om livssyn, verdier og preferanser
- Tilby organiserte forhåndssamtaler
  - Helst i primærhelsetjenesten
  - Trenger støtte fra spesialisthelsetjenesten (info, avklaringer)
- Dokumenter konklusjoner og sørg for at dokumentasjonen er lett tilgjengelig
  - Elektronisk
  - Palliativ plan

# Perspektivet

- Integrer forhåndssamtaler og konkluderende planer i framtidig behandling, pleie og omsorg
  - oppdatering
- Sørg for refleksjon sammen med pasienten / pårørende
- Trygghet i hjemmet så lenge om mulig
  - Tilrettelegging, kompetanse, hjelpemidler
  - Planlegg mulig hjemme dødsfall (f. eks. medikamentskrin)
  - Plan et alternativt sted å være hvis ikke man kommer i mål i hjemmet med symptomlindring eller hvis det blir ukomfortabelt for familien
  - Tilgjengelighet av spesialkompetanse innen palliasjon

# Perspektivet



- Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft gir en gulden mulighet til å etablere tilbudet om samtaler med kreftpasienter i regi av kommunehelsetjenesten enda bedre
- Det må jobbes med å få introdusert tilbudet som kommer fra spesialisthelsetjenesten utover kort info og henvisning





© Sigve Andersen

[www.palliativplan.no](http://www.palliativplan.no)