



Fastlegerådet sak 07-2022

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft og plan for nasjonal implementering

Saksbehandler: Lena Arntzen / Trude Kristensen
Dato dok: 01.03.2022
Møtedato: 14.03.2022
Vår ref: 2022/6

Vedlegg (t):

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - veileder

Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Innstilling til vedtak:

1. Fastlegerådet ber om at innspill til mandatet fra fastlegene og at disse vedlegges saken når den fremlegges for Strategisk samarbeidsutvalg (SSU).
Fastlegerådet oppnevner som ansvarlig for innspill Fastlege:
2. Fastlegerådet henstiller SSU om å ivareta fastlegenes representasjon i etableringen av et FSU

Bakgrunn:

Pakkeforløp hjem inneholder 3 samhandlingspunkt:

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

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Alle som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem. I den nasjonale veilederen står det at: Samarbeid mellom representanter for kommunene, fastlegene og aktuelle etater er avgjørende for å lykkes med implementeringen. I det lokale arbeidet med implementeringen er det viktig at fastlegene er representert i det videre arbeidet og kommer med innspill til mandatet som skal legges frem for strategisk samarbeidsutvalg.

Saksfremlegg:

Pakkeforløp hjem består av tidsavgrensede samhandlingspunkter, og stiller krav om økt samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingspunktene i pakkeforløpet angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og eventuelt pårørende), inkludert behovskartlegging. Tidsrommene som angis mellom samhandlingspunktene er ikke definert som "forløpstider" slik vi kjenner det fra andre pakkeforløp.

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. Det er satt ned et utvalg som skal lage et mandat til et fremtidig faglig samarbeidsutvalg, alternativt et prosjekt til implementeringa av pakkeforløp hjem.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløp

Først publisert: 29. desember 2021
Sist faglig oppdatert: 24. januar 2022



Innhold

1. Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose	3
2. Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose	6
3. Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen 12–18 måneder etter en kreftdiagnose	8
4. Om pakkeforløpet	11

Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose

Aktivitet

Samtale med behovskartlegging

Det bør gjennomføres en samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging etter at pasienten er informert om sin kreftdiagnose. Det vil variere når det passer å gjennomføre en slik samtale. Samtalen skal ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre en behovskartlegging.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Pasienter som ikke ønsker en samtale med behovskartlegging bør spørres igjen på et senere tidspunkt.

Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av lege eller sykepleier, eventuelt forløpskoordinator eller annet helsepersonell i helseforetaket. Det er opp til helseforetaket å bestemme hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Hvis pasienten overføres til et annet helseforetak i forbindelse med kreftbehandlingen, bør helseforetakene bli enige om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten informeres i samtalen om tilbud om ny samtale med behovskartlegging etter 3–4 måneder (jf. samhandlingspunkt 2).
- Pasienten selv, eventuelt med bistand fra sykehuset, gjør avtale om neste samtale med fastlege eller kontaktpunkt i kommunen.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft (brukerorganisasjoner, Vardesenteret, Pusterommet, m.fl.).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

Aktivitet

Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til kontaktpunktet i kommunen

Kommunene bør ha kontaktpunkt for henvendelser i forbindelse med pakkeforløpet som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det bør gjøres lokale avtaler i kommunen om hvilke kontaktpunkt som skal benyttes.

Aktuelle kontaktpunkt kan være forvaltningsenhet/tildelingsenhet, koordinerende enhet, fastlege, kreftsykepleier, kreftkoordinator o.l.

og/eller andre aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellets dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

Registrering av behovskartlegging

Det skal registreres en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP den dagen behovskartleggingen er gjennomført. **Prosedyrekode skal benyttes for alle pasienter med kreftdiagnose, uavhengig av om pasienten er i et pakkeforløp for kreft fra før eller ikke.**

Kode: WMFG10 Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering).

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

Aktivitet

Samtale med behovskartlegging

En ny samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging bør gjennomføres ca. 3–4 måneder etter at pasienten ble informert om sin kreftdiagnose. Samtalen bør bygge på behovskartleggingen som ble gjennomført ved samhandlingspunkt 1. Samtalen må ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre behovskartlegging.

Det er viktig at nye punkter som har kommet til etter samhandlingspunkt 1 tas opp, og at den som gjennomfører samtalen har kjennskap til kommunens tjenester og tilbud.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Pasienter som ikke ønsker en samtale med behovskartlegging bør spørres igjen på et senere tidspunkt.

Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege, kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell i kommunen. Det bør gjøres lokale avtaler om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten og den som gjennomfører behovskartleggingen bør avtale et tidspunkt for ny behovskartlegging ca. 12–18 måneder etter at pasientene fikk sin kreftdiagnose, jf. samhandlingspunkt 3.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft og som de selv kan kontakte ved behov (f.eks. brukerorganisasjoner og kommunale frisklivssentraler).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-5](#).

Aktivitet

Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette, bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellens dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

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

Aktivitet

Samtale med behovskartlegging

Det bør gjennomføres en ny samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging ca. 12–18 måneder etter at pasienten ble informert om sin kreftdiagnose. Samtalen bør bygge på behovskartleggingene som er gjennomført ved samhandlingspunkt 1 og 2. Samtalen må ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre behovskartlegging.

Det er viktig at nye punkter som har kommet til etter samhandlingspunkt 2 tas opp, og at den som gjennomfører samtalen har kjennskap til kommunens tjenester og tilbud.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege, kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell i kommunen. Det bør gjøres lokale avtaler om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten bør informeres om kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten og kontaktpunkt i kommunen de kan kontakte ved behov for videre oppfølging.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft og som de selv kan kontakte ved behov (f.eks. brukerorganisasjoner og kommunale frisklivssentraler).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

Aktivitet

Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette, bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellens dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

Avslutning av pakkeforløpet

Dette er det siste samhandlingspunktet i pakkeforløpet. Det betyr ikke at oppfølgingen av pasienten avsluttes. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester bør fortsette så lenge pasienten har behov for det.

4

Om pakkeforløpet

Målene med pakkeforløpet

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft eller etter endt kreftbehandling.

Pakkeforløpet skal bidra til:

- økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring.
- mer systematisk avdekking av pasientens individuelle behov, dvs. behov som går utover kreftbehandling og oppfølging, og er tilknyttet pasientens livssituasjon og hva som er viktig for den enkelte pasient.
- at pasientens behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging.
- mindre uønsket variasjon i pasientens oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor.
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med pasienten.
- økt trygghet for pasienten når pasienten overføres mellom tjenestenivåene.

Det medisinskfaglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft beskrives ikke. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram) og faglige råd, se oversikt på [temaside om kreft](#).

Hvem som omfattes av pakkeforløpet

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. For nærmere informasjon om oppfølging av barn med kreft, se:

- [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn](#)
- [Palliasjon til barn og unge](#)
- [Nasjonal pårørendeveileder](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)

Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for pasienter med kreft og pakkeforløpene for kreft

I 2015 ble det implementert 26 diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft, ett diagnostisk pakkeforløp og ett for metastaser uten kjent primærtumor, med tilhørende diagnoseveiledere for fastlegene og informasjonsskriv til pasientene, se oversikt på [temaside om kreft](#).

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft har hovedfokus på kartlegging av pasientenes behov utover selve kreftbehandlingen og oppfølgingen.

De fleste pasienter med kreft vil både være inkludert i et diagnosespesifikt pakkeforløp og i dette pakkeforløpet samtidig, men ikke alle. Pasienter som har fått sin kreftdiagnose etter at de er henvist for andre sykdommer, og ø-hjelpspasienter, er eksempler på pasienter som ikke alltid er inkludert i et av de 26 diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft, men som skal inkluderes i dette pakkeforløpet.

Pakkeforløpene for kreft skal oppdateres (2022) for å integrere dette pakkeforløpet.

Dette består pakkeforløpet av

Pakkeforløpet består av tidsavgrensede samhandlingspunkter. Samhandlingspunktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og eventuelt pårørende), inkludert behovskartlegging. Tidsrommene som angis mellom samhandlingspunktene er ikke definert som "forløpstider" slik vi kjenner det fra andre pakkeforløp.

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.

Avslutning av pakkeforløpet

Siste samhandlingspunkt i pakkeforløpet er 12–18 måneder etter at pasientene har fått en kreftdiagnose. Det betyr ikke at oppfølgingen av pasienten avsluttes. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester fortsetter så lenge pasienten har behov for det.

Ansvarsforhold og samhandling

Ansaret for ivaretagelse og oppfølging av de ulike stegene i pakkeforløpet er ikke spesifisert utover å peke på hvilke av tjenestenivåene som har et hovedansvar. For øvrig vises det til gjeldende regelverk som regulerer spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og samhandling mellom tjenestenivåene. Samhandlingen er også regulert i lokale samhandlingsavtaler og rutiner.

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#) legger rammer for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, blant annet gjennom helsefellesskap og tjenestemodeller for prioriterte pasientgrupper. Helsefellesskapene vil være aktuelle samarbeidsarenaer for å etablere avtaler og rutiner i forbindelse med pakkeforløpet.

Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene bør ha et kontaktpunkt som aktuelle aktører i kommunen kan kontakte i forbindelse med pakkeforløpet. Det er opp til helseforetakene å beslutte hvilket kontaktpunkt som skal benyttes.

Kontaktlege

Alle pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege. Ordningen er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og i spesialisthelsetjenesteloven. [Veileder om ordningen: Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#).

Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunene bør ha kontaktpunkt for henvendelser i forbindelse med pakkeforløpet som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det bør gjøres lokale avtaler i kommunen om hvilke kontaktpunkt som skal benyttes.

Aktuelle kontaktpunkt kan være forvaltningsenhet/tildelingsenhet, koordinerende enhet, fastlege, kreftsykepleier, kreftkoordinator o.l.

Individuell plan og koordinator

Pasienter med kreft har på lik linje med andre rett til individuell plan og koordinator dersom de har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 \(lovdata.no\)](#).

Samhandling med arbeids-, utdannings- og velferdssektoren

De kommunale tjenestene gjelder mange livsområder, som bolig, familie, arbeidsplass og skole/utdanning. Det er viktig at tiltakene som iverksettes er tilpasset den enkelte pasient og at de understøtter hverandre. Ved behov bør det etableres et samarbeid mellom helsetjenesten og andre aktører.

Bakgrunn og oppdrag

I mars 2018 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag:

"Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide pakkeforløp hjem (for kreftpasienter), pakkeforløp eller annet normerende budskap/produkt innen CFS/ME og utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker, med særlig fokus på rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet vil spesifisere oppdragene om pakkeforløp i eget brev."

"Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste".

Kunnskapsgrunnlaget

Pakkeforløpet er utviklet med bakgrunn i faglige råd og nasjonale faglige retningslinjer på kreftområdet, kliniske erfaringer og brukererfaringer.

Kunnskap om hva som er viktig for pasientene ble innhentet i tidlig fase av arbeidet gjennom intervjuer med pasienter, pårørende og helsepersonell.

Innspill fra representantene fra spesialisthelsetjenesten, kommunene, pasient- og brukerorganisasjoner og aktuelle interesse- og fagorganisasjoner som har vært deltakere i ressursgruppe og referansegruppe (se lister under), har også bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Pakkeforløpet har vært på ekstern høring, og alle innspill er samlet og gjennomgått på en systematisk måte.

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, råd og pakkeforløp

- [Nasjonale handlingsprogrammer for kreft](#)
- [Generell informasjon – Pakkeforløp for kreft](#)
- [Diagnoseveiledere – Pakkeforløp for kreft](#)
- [Palliasjon i kreftomsorgen](#)
- [Palliasjon til barn og unge](#)
- [Fastlegens rolle ved kreft](#)
- [Fysioterapi ved kreft](#)
- [Seneffekter etter kreftbehandling](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)
- [Pårørendeveileder](#)
- [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Kontaktleger i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#)
- [Handlingsplan for fysisk aktivitet \(regjeringen.no\)](#)
- [Kommunale frisklivssentraler](#)
- [Aktivitetshåndboken](#)

Implementeringsplan

[Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter 2022–2023](#)

Monitorering og evaluering

Pakkeforløpet vil monitoreres i spesialisthelsetjenesten ved at data om pasienter med kreftdiagnose sammenstilles med informasjon om hvorvidt behovskartlegging er gjennomført (jf. bruk av prosedyrekode WMFG10).

Pakkeforløp hjem vil evalueres ved at det inkluderes spørsmål til pasientene om deres eventuelle erfaringer med pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i Folkehelseinstituttets årlige pasientundersøkelse blant et utvalg voksne personer som blir utskrevet fra døgnopphold ved somatisk sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig.

Det kan på sikt iverksettes egne nasjonale evalueringer av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Arbeidsgrupper

Prosjektgruppe

- Ingunn Løvstad Sørensen, seniorrådgiver, prosjektleder, avd. spesialisthelsetjenester
- Bente Bryhn, seniorrådgiver, avd. spesialisthelsetjenester
- Sissi Espetvedt, fagleder for kreftområdet, seniorrådgiver, avd. spesialisthelsetjenester
- Stine Margrethe Jacobsen, seniorrådgiver, avd. spesialisthelsetjenester
- Kaja Fjell Jørgensen, seniorrådgiver, avd. spesialisthelsetjenester (2018–mars 2020)
- Bodil Aasvang Olsen, fastlege
- Yvonne Solberg, seniorrådgiver, avd. helseregistre
- Sverre Thorstensen, seniorrådgiver, avd. kommunale helse- og omsorgstjenester (jan. 2021–sept. 2021)
- Liv Tveito, seniorrådgiver, avd. velferdsteknologi og rehabilitering

Ressursgruppe

- Akershus universitetssykehus HF, Samhandlingssjef, Bente Gerner
- Aktiv for kreft, Helle Arnesen
- Alta kommune, Helena Marie Hykkerud
- Askøy kommune, Tone Steinfeld
- Barnekreftforeningen, Britt Ingunn Wee Sævig
- Brystkreftforeningen, Ellen Harris Utne
- Finnmarkssykehuset HF, Tina-Agnete Bønå
- Fransiskushjelpen, Saskia Berdahl og Kikki Marie Sveum (vara)
- Kreftforeningen, Elin Stoermann-Næss
- Kristiansand kommune, Virksomhet Helsefremming og innovasjon, Frisklivssentralen, Hilde Tørring Enoksen
- Leder av arbeidsgruppen for seneffekter etter kreft (Hdir), Cecilie E. Kiserud, Oslo universitetssykehus HF
- Lungekreftforeningen, Cecilie Bråthen
- Nannestad kommune, Line Finstad
- Nittedal kommune, Anne Lindalen
- NORILCO, Roy Aleksander Farstad
- Norsk forening for allmenntmedisin, Annette Fosse
- Norsk forening for palliativ medisin, Siri Brelin
- Norsk onkologisk forening, Astrid Dalhaug
- Norsk Palliativ Forening, Martina Tønnies
- Norsk sykepleierforbund, Faggruppen for Kreftsyrkepleiere (FKS), Mona Grytten
- Onkologisk faggruppeleder (prostata), Andreas Stensvold
- Oslo universitetssykehus HF, Kreftklinikken, Sjur Bjørnar Hansen
- Oslo kommune, helse og omsorg, Sagene bydel, Anne Lorentsen Onarheim
- Oslo universitetssykehus HF, Kreftklinikken, Torhild Birkeland
- Oslo universitetssykehus HF, Samhandlingssjef, Bente Thorsen
- Prosjekt Palliativ plan/plan for lindring i Møre og Romsdal, Tanja Yvonne Alme
- Prostatakreftforeningen, Hans-Fredrik Donjem
- Pårørendealliansen, Anita Vatland
- Ringsaker kommune, Primærhelseteam, Emilie Risheim
- Tromsø kommune/UNN, Pasientsentrert helsetjenesteteteam, Birgitte Forsaa Åbotsvik
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Koordinerende enhet, Audhild Høyem

Referansegruppe

- Helse Nord RHF, Astrid Dalhaug og Kari Margrethe Larsen
- Helse Sør-Øst RHF, Gunvor Øfsti og Tone Westby
- Helse Midt RHF, Turid Lund og Morten Thronæs
- Helse Vest RHF, Guro Ringen Rana og Gjertrud Jacobsen
- KS Sentralt, Torunn Risnes
- KS Nord-Norge, Lisa Friborg
- KS Vest, Rogaland, Elin Wetås Jara
- Ergoterapiforbundet, Malin Mongs
- Fagforbundet, Eskild Hustvedt
- FFO/SAFO, Rolf Ledal, generalsekretær i Hjernesvulstforeningen
- Kliniske ernæringsfysiologers forening (KEFF), Malene Slott og Martine Espeland (vara)
- Kreftforeningen, Elin Kristine Wilson Horn
- Kristiansand kommune, Lisbeth U. Bergstøl
- Norsk forening for allmenntmedisin, Andreas Pahle
- Norsk Forening for Ernæringsvitenskap, Linn Tryfoss Gerhardsen
- Norsk fysioterapiforbund, Heidi Tjugum
- Norsk sykepleierforbund, Karin Kvande Anda
- Oslo kommune, Odd Rune Andersen
- Psykologforeningen, Tone Hansen
- Tannlegeforeningen, Kirsten N. Ahlsen

Implementeringsgruppe

- Andreas Stensvold, Sykehuset Østfold HF
- Geir Arne Larsen, Akershus universitetssykehus HF
- Lene Thorsen, Oslo universitetssykehus HF
- Tone Steinfeld, Askøy kommune
- Guro Ringen Rana, Helse Vest RHF
- Tanja Yvonne Alme, Sula kommune
- Hans-Fredrik Donjem, Prostatakraftforeningen
- Elin Wetås Jara, KS Vest, Rogaland
- Vibeche Fahsing, Kreftforeningen
- Siv Tove Engebråten, Psykologforeningen
- Cecilie Kiserud, Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreft, Oslo universitetssykehus HF
- Harald Roar Lind, Fag- og kvalitetssenteret, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Øyvind Antonsen, Akershus universitetssykehus HF
- Kristine Lindhjem, Kreftkoordinator, Sykehuset i Vestfold HF
- Line Finstad, Kreftkoordinator, Nannestad kommune
- Anders Vege, Folkehelseinstituttet

Ressurser

- [Hva er viktig for deg? \(fhi.no\)](http://fhi.no)
- [Rehabiliteringstelefonen](#)
- [Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering, Sunnaas sykehus](#)
- [Pusterommet \(aktivmotkreft.no\)](http://aktivmotkreft.no)
- [Vardesenteret \(kreftforeningen.no\)](http://kreftforeningen.no)
- [Oversikt over kommuner med frisklivssentral](#)

Kontakt

pakkeforlophjem@helsedir.no

Nasjonal plan for implementering

Nasjonal plan for implementering av
pakkeforløp hjem for pasienter med kreft
2022–2023

RAPPORT
IS-3015



Nasjonal plan for implementering av
pakkeforløp hjem for pasienter med
kreft
2022–2023

Utgitt 01/2022

IS-nummer: IS-3015

Utgitt av Helsedirektoratet

Avdeling spesialisthelsetjenester

Pb. 2020 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 47 47 20 20

E-post postmottak@helsedir.no

Design Itera as

www.helsedirektoratet.no

Nettadresse

www.helsedirektoratet.no/publikasjoner

Forord

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide Pakkeforløp hjem for kreftpasienter sammen med fagmiljø og bruker- og pasientorganisasjoner. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er et mål at kreftpasienter og pårørende opplever et velorganisert, helhetlig og forutsigbart forløp med fokus på avklaring av pasientens behov for oppfølging fra kommunen, inkludert psykososial oppfølging.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til at

- Kreftpasienter opplever trygghet og forutsigbarhet i oppfølgingen de mottar, på tvers av forvaltningsnivåene
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever at helse- og omsorgstjenesten avdekker eventuelle behov for psykososial oppfølging
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god tilgjengelighet til tjenestene, og at tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende er likeverdige, uavhengig av hvor i landet de bor.

For at Pakkeforløp hjem skal tas i bruk og bidra til bedre og mer sammenhengende forløp for pasientene, er det nødvendig at både spesialisthelsetjenesten og kommunene tar verktøyet i bruk. For å få til en god implementering av Pakkeforløp hjem i hele landet, har Helsedirektoratet utarbeidet denne planen for hvilke tiltak som bør settes i verk og gjennomføres for å få til vellykket implementering av pakkeforløpet. Planen er skrevet i samarbeid med, og etter innspill og dialog med, eksterne fagpersoner, representanter fra helse- og omsorgstjenesten og representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner.

Helsedirektoratet vil takke alle som har bidratt i arbeidet!



Bjørn Guldvog
helsedirektør

Innhold

FORORD	3
1 INNLEDNING	5
1.1 Oppdrag om Pakkeforløp hjem	5
1.2 Mål med pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.....	6
1.3 Organisering av arbeidet med Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft	6
2 PAKKEFORLØP HJEM FOR PASIENTER MED KREFT	7
2.1 Beskrivelse av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft	7
3 IMPLEMENTERING AV PAKKEFORLØP HJEM FOR PASIENTER MED KREFT – NASJONALE TILTAK	8
4 IMPLEMENTERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN/SYKEHUSENE	12
4.1 Nasjonale tiltak rette mot spesialisthelsetjenesten.....	12
4.2 Forslag til regionale tiltak	13
5 IMPLEMENTERING I KOMMUNENE OG HOS FASTLEGENE	14
5.1 Fastlegene/allmennlegene	14
5.2 Kommunene	16
6 SAMHANDLING MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNENE	17
7 KODING OG MONITORERING AV PAKKEFORLØP HJEM FOR PASIENTER MED KREFT ..	19
8 EVALUERING AV PAKKEFORLØP HJEM FOR PASIENTER MED KREFT	20
9 OPPDATERING AV NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER OG PAKKEFORLØP PÅ KREFTOMRÅDET	21

1 Innledning

1.1 Oppdrag om Pakkeforløp hjem

22. mars 2018 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide pakkeforløp hjem (for kreftpasienter), pakkeforløp eller annet normerende budskap/produkt innen CFS/ME og utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker, med særlig fokus på rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet vil spesifisere oppdragene om pakkeforløp i eget brev.»

«Med bakgrunn i regjeringens politiske plattform (Jeløya plattformen), vil Helse- og omsorgsdepartementet presisere dette oppdraget som følger:

Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide følgende pakkeforløp:

- Pakkeforløp for 'kreftpasienter hjem'
- Smertebehandling
- Utmattelse
- Muskel- og skjelettlidelser

Helsedirektoratet skal innarbeide rehabilitering i pakkeforløp der dette er en naturlig del av behandlingsforløpet.»

I brev av 4. juni 2018 kom det presisering av oppdraget om pakkeforløp hjem:

«Det skal i løpet av en 3-årsperiode utarbeides og implementeres pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Pakkeforløpene skal sikre forutsigbarhet for pasientene og kvalitet i utredning og behandling, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det skal være et spesielt fokus på psykososial oppfølging for pasienter, pårørende og etterlatte og rollen til forløpskoordinatorene i spesialisthelsetjenesten, kontaktleger og koordinatorfunksjoner i kommunen må beskrives. Det nødvendige kunnskapsgrunnlaget må avklares som grunnlag for pakkeforløpet.

For alle pakkeforløpene må direktoratet ta utgangspunkt i kommunenes frihet til å organisere sine tjenester på en hensiktsmessig måte, og ivareta hensynet til at pasienter som mottar tjenester fra kommunen ofte vil ha flere lidelser samtidig.

Det bør sees hen til hvordan man har beskrevet kommunenes ansvar og oppgaver i pakkeforløpene for hjerneslag, psykisk helse og rus.

I arbeidet med pakkeforløpene bes Helsedirektoratet om å involvere brukere, fagfolk, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre relevante aktører.»

1.2 Mål med pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

I oppdraget til Helsedirektoratet er det satt følgende mål for pakkeforløp hjem:

«Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Videre skal kreftpasienter, deres pårørende og etterlatte oppleve et velorganisert, helhetlig og forutsigbart forløp med et spesielt fokus på psykososial oppfølging.»

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til at følgende oppnås:

- Kreftpasienter opplever trygghet og forutsigbarhet i oppfølgingen de mottar, på tvers av forvaltningsnivåene
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever at helse- og omsorgstjenesten avdekker eventuelle behov for psykososial oppfølging
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god tilgjengelighet til tjenestene
- Tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende er likeverdige, uavhengig av hvor i landet de bor

1.3 Organisering av arbeidet med Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Arbeidet med Pakkeforløp hjem har vært organisert som et prosjekt i Helsedirektoratet, med en nedsatt styringsgruppe, prosjektgruppe, ekstern ressursgruppe og ekstern referansegruppe.

Organisering av arbeid med implementeringsplan

Helsedirektoratet har etablert en nasjonal implementeringsgruppe som i samarbeid med Helsedirektoratet skal planlegge implementering av pakkeforløpet, og har bidratt til utarbeidelse av Nasjonal plan for implementering av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Tiltakene i planen skal gjennomføres i perioden fra januar 2022 og videre utover i 2022 og i 2023.

2 Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

2.1 Beskrivelse av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløp hjem skal bidra til:

- økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring.
- mer systematisk avdekking av pasientens individuelle behov, dvs. behov som går utover kreftbehandling og oppfølging, og er tilknyttet pasientens livssituasjon og hva som er viktig for den enkelte pasient.
- at pasientens behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging.
- mindre uønsket variasjon i pasientens oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor.
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med pasienten.
- økt trygghet for pasienten når pasienten overføres mellom tjenestenivåene

Pasientene skal vite hvem som er ansvarlig for videre behandling og oppfølging, og hvem som kan kontaktes ved behov.

Samhandlingspunktene i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft beskriver ulike aktiviteter, og definerer de aktuelle aktørenes oppgaver og ansvarsområder.

Det faglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter beskrives ikke. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram) og faglige råd, se temaside om kreft.

3 Implementering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft – Nasjonale tiltak

Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale implementerings- og kommunikasjonstiltak for Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Målsetting med implementeringstiltakene og kommunikasjonsarbeidet er å bidra til god implementering av pakkeforløpet gjennom informasjon til relevant personell i helseforetakene, kommunene, fastlegene og andre aktører som kan bli en del av oppfølgingen av pakkeforløpet. Tiltakene skal også bidra til god informasjon til pasientene og befolkningen for øvrig om hva pakkeforløp hjem er, og hva de kan forvente seg dersom de får en kreftdiagnose. Relevant informasjon til pasienter og pårørende skal ligge på helsenorge.no. Helsepersonell vil finne informasjon på helsedirektoratet.no, sammen med pakkeforløpet.

Tiltakene i implementeringsplanen er beskrevet overordnet. Det er beskrevet hvem som har hovedansvar for gjennomføring av tiltakene, men det vil i de fleste tilfeller være behov for involvering og samarbeid med andre for selve gjennomføringen.

Nasjonal implementeringsgruppe for pakkeforløp hjem

Helsedirektoratet har etablert en nasjonal implementeringsgruppe for pakkeforløp hjem for pasienter med kreft som sammen med direktoratet har utarbeidet plan for implementering av pakkeforløp hjem, og som skal bidra til oppfølging og gjennomføring av de nasjonale tiltakene.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Implementeringsgruppen består av følgende medlemmer:

Andreas Stensvold	Sykehuset Østfold, avdelingsleder, kreftavdelingen
Geir Arne Larsen	Akershus universitetssykehus HF
Lene Thorsen	Oslo universitetssykehus
Tone Steinfeld	Askøy kommune
Guro Ringen Rana	Helse Vest RHF
Tanja Aas Alme	Sula kommune
Hans-Fredrik Donjem	Prostatakreftforeningen
Elin Wetås Jara	KS. Vest – Rogaland

forts.

Vibeche Fahsing	Kreftforeningen
Siv Tove Engebråten	Psykologforeningen
Cecilie Kiserud	Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreft, OUS
Harald Roar Lind	Fag- og kvalitetssenteret, UNN
Øyvind Antonsen	Akershus universitetssykehus HF
Kristine Lindhjem	Kreftkoordinator Sykehuset i Vestfold HF
Line Finstad	Kreftkoordinator, Nannestad kommune
Anders Vege	Folkehelseinstituttet

Nettverksgruppe for (de diagnosespesifikke) pakkeforløpene for kreft

Helsedirektoratet etablerte en implementeringsgruppe i forbindelse med de diagnosespesifikke pakkeforløpene i 2014. Denne gruppen har også vært involvert i plan for implementering av pakkeforløp hjem, og vil fremover bidra til forankring av pakkeforløp hjem i tjenesten.

Gruppen består av representanter fra RHF-ene og NFA/fastlegen.

Gruppen suppleres med representanter fra kommunene.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Høring pakkeforløp hjem

Pakkeforløp hjem ble sendt på høring september 2021. Formålet var å få innspill til pakkeforløp hjem fra alle aktuelle instanser, men høringen vil også bidra til å gjøre pakkeforløpet kjent.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Publisering av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløp hjem skal publiseres i digital versjon på helsedirektoratet.no 1.1.2021.

Pakkeforløpet kan også skrives ut som pdf. Samtidig sendes brev til RHF-ene og kommunene.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Møter med aktuelle fagorganisasjoner/fagforeninger

Det er avgjørende for implementering av Pakkeforløp hjem er at Helsedirektoratet har dialog med fagforeninger og fagorganisasjoner.

Helsedirektoratet skal ha møter med aktuelle fagforeninger og fagorganisasjoner første kvartal 2022.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Brev til aktuelle fagforeninger og fagorganisasjoner

Brev med informasjon til aktuelle fagforeninger og fagorganisasjoner sendes fra Helsedirektoratet.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

E-postboks for spørsmål fra helsetjenesten

Helsedirektoratet oppretter en e-postboks for spørsmål om Pakkeforløp hjem. Saksbehandlere fra Helsedirektoratet svarer på generelle spørsmål om pakkeforløp for kreft, pakkeforløp hjem og monitorering. Det må også vurderes om spørsmål og svar skal legges på helsedirektoratet.no, eller om det skal svares ut i andre fora, i tillegg til direkte tilbakemelding til spørsmålsstiller.

Målgruppe: ansatte i kommunene, sykehusene og fastleger.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Artikler i aktuelle tidsskrift

Kronikker i diverse fagmedisinske tidsskrifter og ulike helsefagorganisasjoners tidsskrifter.

Kommunal rapport, Sykepleien, Dagens Medisin, Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Utposten, Vi over 60, tidsskrift for omsorgsforskning, tidsskrift Omsorg/palliativ medisin, Tidsskrift kreftsykepleie, ONKO-nytt legeforeningen mv.

Dette er ikke en uttømmende liste – men eksempler på aktuelle tidsskrifter.

■ Ansvar: Helsedirektoratet sammen med fastleger i fastlegegruppen

Kommunikasjon og medieplan

Helsedirektoratet utarbeider en kommunikasjonsstrategi for Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Denne inneholder mer detaljert beskrivelse av informasjonstiltakene.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Informasjon om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft til helsepersonell og merkantilt personell i kommuner og i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet skal utarbeide generell informasjon om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Dette skal gjøres tilgjengelig på helsedirektoratet.no, og på helsenorge.no.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Informasjon om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft til pasienter og pårørende

Helsedirektoratet skal utarbeide informasjon til pasienter og pårørende om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Informasjon skal også sendes til aktuelle interesse-, pasient- og brukerorganisasjoner. Informasjonen skal gjøres tilgjengelig på helsenorge.no.

■ Ansvar: Helsedirektoratet i samarbeid med Kreftforeningen/organisasjonene

Kreftforeningen og pasientforeningene utarbeider informasjon på nett

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft omtales på nett og i nyhetsbrev o.l. hos Kreftforeningen og pasientforeningene

■ Ansvar: Kreftforeningen og pasientforeningene

Informasjonsfilm

Det skal utarbeides en animasjonsfilm som gir informasjon om - og forklarer - Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Erfaringskonferanse høst 2022

Konferanse om erfaringer fra implementering av pakkeforløpet.

Deltakere: deltakere fra kommunene, forløpskoordinatorer, kreftkoordinatorer, kommuneleger, helseledere, fastleger, praksiskoordinatorer, onkologiske faggruppeledere, ledere fra RHF og HF, regionale brukerutvalg, nasjonal implementeringsgruppe og Helsedirektoratet.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

4 Implementering i spesialisthelsetjenesten/sykehusene

I dette kapitlet beskrives hvilke tiltak som skal gjennomføres rettet mot sykehusene, og det beskrives hvilke regionale tiltak som anbefales gjennomført for å implementere Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak som tjenesten selv skal planlegge og gjennomføre er å anse som anbefalinger fra Helsedirektoratet og Nasjonal implementeringsgruppe.

4.1 Nasjonale tiltak rette mot spesialisthelsetjenesten

Under følger tiltak som primært er rettet mot spesialisthelsetjenesten og sykehusene. Se også [kapittel 3, Implementering av Pakkeforløp hjem](#), om nasjonale implementeringstiltak rettet mot alle nivåer i helsetjenesten der det er beskrevet flere tiltak som også er rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Regionale konferanser

Regionale konferanser om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft for både spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Målgruppen for møtene er ledere med overordnet ansvar for oppfølging og implementering av pakkeforløpet i spesialisthelsetjenesten, i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre samarbeidende etater, samt ansatte med roller og ansvar i Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Representanter fra interesse-, pasient- og brukerorganisasjonene inviteres også.

Møtene strømmes direkte.

— Ansvar: Helsedirektoratet i samarbeid med RHF-ene

4.2 Forslag til regionale tiltak

Nedenfor beskrives forslag til tiltak som kan gjennomføres i sykehusene (HF-ene).

Tiltak er å anse som anbefalinger fra Helsedirektoratet, med mindre det er tiltak som er gitt RHF-ene i oppdragsbrev fra HOD.

Informasjon på helseforetakenes/sykehusenes nettsider om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Informasjon om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft, med lenker til *Helsedirektoratet.no*, bør være tilgjengelig på helseforetakenes/sykehusenes nettsider.

— Ansvar: Helseforetakene/sykehusene

Kontaktinformasjon for pasienter/pårørende og fastleger/henviser

Sykehusene bør ha en kontakt for pasienter og for fastleger, eller annen henvisende instans, og et telefonnummer som besvares på dagtid. Det kan eventuelt også etableres en e-post-adresse, hvis man har mulighet og kapasitet til å lese all innkommet e-post samme dag.

Informasjon om kontaktpunkt i sykehus

Informasjon til regionens fastleger bør fremgå på sykehusenes egne nettsider. Alle helseforetak som utreder og behandler kreft har informasjon på sine nettsider om pakkeforløpene for kreft i dag, og dette bør suppleres med informasjon om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Informasjonssidene bør ha:

1. Generell informasjon om hva Pakkeforløp hjem er – med lenke til informasjon på *Helsedirektoratet.no*
2. Spesifikk informasjon om lokal organisering og løsninger
3. Kontaktinformasjon, e-post og telefonnummer til koordinatorkfunksjon/kontor og andre relevante kontaktpersoner

Lokale implementeringsplaner ved helseforetakene/sykehusene

Det anbefales at HF-ene som utreder og behandler kreftpasienter utarbeider lokale implementeringsplaner i samarbeid med kommunene.

Planen bør beskrive ansvars plasseringer i forløpet, kontaktpunkt i sykehuset, kontaktpunkt i den enkelte kommune i helseforetakets opptaksområde, hvordan samhandlingen skal gjennomføres i praksis m.m. Planen bør også inneholde avtaler for involvering av andre yrkesgrupper/etater der det er aktuelt. Planen bør også omtale hvordan man skal bruke monitorering til læring og kvalitetsutvikling, samt hvem som er ansvarlig for analyser.

Regionale implementeringsplaner

RHF-ene kan utarbeide regionale implementeringsplaner.

Monitorering og koding av Pakkeforløp hjem – organisering og opplæring

Det enkelte helseforetak avgjør hvem som skal registrere koder i Pakkeforløpene for kreft og Pakkeforløp hjem, og må lage egne rutiner og kvalitetskontroll for koding. Opplæring av personell som skal kode er nødvendig.

5 Implementering i kommunene og hos fastlegene

I dette kapittelet beskrives hvilke tiltak som skal gjennomføres rettet mot fastlegene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik at de gjøres kjent med – og tar i bruk – Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Det er Helsedirektoratet som har hovedansvar for at de nasjonale tiltakene rettet mot fastlegene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene settes i verk og gjennomføres.

Samarbeid mellom representanter for kommunene, fastlegene og aktuelle foreninger og etater er avgjørende for å lykkes med implementeringen.

5.1 Fastlegene/allmennlegene

Fastlegegruppe – Pakkeforløp for kreft

Helsedirektoratet etablerte en fastlegegruppe med representanter fra Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA) i forbindelse med utarbeidelse av pakkeforløpene for kreft som også har bidratt inn i arbeidet med utarbeidelse av pakkeforløp hjem. Gruppen kan fungere som en referansegruppe og ressursgruppe/rådgivingsgruppe for implementeringsarbeidet rettet mot fastlegene i 2022-2023.

— Ansvar: Helsedirektoratet og NFA

Informasjon til alle landets fastleger om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Det utarbeides et informasjonsskriv til fastlegene om Pakkeforløp hjem. Teksten skal være kortfattet og gi en generell innføring i hva pakkeforløpet er. Teksten er tilpasset fastlegenes behov for informasjon om deres oppgaver i pakkeforløpet. Teksten skal være tilgjengelig på nett, og kan også publiseres som en pdf-brosjyre som kan skrives ut fra nettet (Helsedirektoratet.no, Helsebiblioteket og NEL).

I tillegg kan det utarbeides en introduksjonspresentasjon i Power Point-format rettet mot fastlegene, som kan brukes over hele landet i forbindelse med implementering av Pakkeforløp hjem.

Kopi av informasjonen som sendes fastlegene sendes også til kommunene til orientering.

■ Ansvar: Helsedirektoratet, i samarbeid med NFA/fastlegegruppen

Informasjon sendes til alle fastlegene (ca. **4500**) om pakkeforløpet.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Informasjon om kontaktpunkt i sykehus og i kommunene

Informasjon til regionens fastleger bør fremgå på sykehusenes egne nettsider. Alle helseforetak som utreder og behandler kreft har informasjon på sine nettsider om pakkeforløpene for kreft i dag, og dette bør suppleres med informasjon om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Informasjonssidene bør ha:

1. Generell informasjon om hva pakkeforløpet er – med lenke til informasjon på *Helsedirektoratet.no*
2. Spesifikk informasjon om lokal organisering og løsninger
3. Kontaktinformasjon, e-post og telefonnummer til koordinatorkontor/kontor og andre relevante kontaktpersoner

Tilsvarende bør alle kommuner gi informasjon til tilhørende sykehus om kontaktpunkt for Pakkeforløp hjem i kommunen. Dette bør også fremgå på kommunenes nettsider. Informasjonen bør også være tilgjengelig for kommunens befolkning.

■ Ansvar: Ansvar for nettsider og regional og lokal informasjon: De regionale helseforetakene (RHF-ene), sykehusene (HF-ene) og kommunene

Arrangere møter som søkes godkjent som tellende kurs

Arrangere 1-dags møte/kurs for praksiskoordinatorer og fastleger i 2022, der det søkes Dnlf om å få godkjent dette som kurs for resertifisering av spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin, med tellende poeng. PKO-ene kan involveres i planlegging i det enkelte RHF.

■ Ansvar: Helsedirektoratet i samarbeid med KS, RHF-ene og kurskomiteer/aktuelle spesialitetskomiteer tilknyttet Dnlf

Deltakelse på nasjonale konferanser/møter for fastlegene

Helsedirektoratet deltar og har innlegg på aktuelle konferanser og møter for fastlegene, som f.eks. Primærmedisinsk uke, Innlegg på årsmøte NFA m.fl.

■ Ansvar: Helsedirektoratet og NFA

Informasjon gjennom aktuell fagmedisinsk forening

Norsk forening for allmennmedisin forespørres om de kan sende ut informasjon via sine informasjonsbrev som sendes ut jevnlig på e-post til medlemmene. (NFA organiserer de fleste av landets fastleger).

■ Ansvar: Helsedirektoratet kontakter NFA

5.2 Kommunene

Kommunen bør gjøre seg kjent med innholdet i pakkeforløpet, og inngå samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å avklare roller og ansvar i arbeidet med Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Kommunen bør også avklare og tydeliggjøre hvor kontaktpunktet skal være for overføring av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i forbindelse med gjennomførte behovskartlegginger m.m.

Informasjonsbrev om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft til diverse etater og organisasjoner

Informasjonsbrev om Pakkeforløp hjem sendes blant annet til kommunene, Statsforvalterne, Helsetilsynet og Arbeids- og velferdsetaten.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Deltakelse på nasjonale konferanser/møter i regi av KS

— Ansvar: Helsedirektoratet og KS

Deltakelse på aktuelle nasjonale konferanser

Eksempler på konferanser som kan være aktuelle å delta på: Pasientsikkerhetskonferansen, Helsekonferansen, Nasjonal konferanse for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonal konferanse i palliasjon 2022.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Kontaktinformasjon for pasienter/pårørende og fastleger/henviser

Kommunene bør ha en kontakt for pasienter og fastleger, eller annen henvisende instans, og et telefonnummer som besvares på dagtid. Det kan eventuelt også etableres en e-postkasse som besvares jevnlig.

6 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Pakkeforløpene har som mål å bidra til at brukerne får gode, koordinerte og sammenhengende tjenester. De skal sikre samhandling mellom bruker, eventuelt pårørende, og tjenestene, uavhengig av nivå. En god oppgave- og ansvarsfordeling, og et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for at pasientene opplever tjenestene som helhetlige og gode.

Tjenestene har i dag ulike ordninger som skal sikre samhandling, som for eksempel:

- helsefellesskap
- samarbeidsavtaler
- felles prosjekter
- felles møtearenaer

God ledelsesforankring og kjennskap til hverandres arbeidsbetingelser og rammeverk er sentralt for godt samarbeid. Helsedirektoratet anbefaler at de eksisterende samarbeidsavtalene og de underliggende tjenesteavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommune revideres i tråd med anbefalingene i pakkeforløpet, og at felles møtearenaer benyttes i arbeidet. Det er viktig med gjensidig og fortløpende dialog mellom tjenestene.

Helsefellesskapene som arena for implementering

Helsefellesskapene er ikke organisatoriske enheter, men samhandlingsarenaer. Kommunene i helsefellesskapet og foretaket har hver sine sekretariatsfunksjoner i de fleste helsefellesskapene.

Oppfølging av Pakkeforløp hjem må gjøres lokalt, og det må gjøres lokale avtaler om organisering av tjenestene. Helsedirektoratet vil ta kontakt med helsefellesskapene via brev til kommunene og foretakene, og foreslå at Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft tas opp som tema i helsefellesskapene. Det er etablert et nasjonalt nettverk for helsefellesskapene som fasiliteres av Helsedirektoratet. Pakkeforløp hjem kan være en aktuell sak å informere om i nettverket.

— Ansvar: Helsedirektoratet sender brev. Oppfølging: Helsefellesskapene

Samarbeidsavtaler

De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner er viktige for å avklare roller og oppgaver. Samarbeidsavtalene er et verktøy for å sikre enighet om det felles ansvar tjenestene har for god samhandling mellom bruker og tjenestene, uavhengig av nivå. Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør vurdere hvordan samarbeid knyttet til kreftpasienter og oppfølging av Pakkeforløp hjem kan integreres i samarbeidsavtalene.

Koordinering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Det anbefales at fastleger og den kommunale helse- og omsorgstjenesten får informasjon om telefonnummer/mailadresse til kontaktperson på sykehuset, og at sykehuset har informasjon om kontaktpunkt i kommunene. Informasjon bør legges ut på sykehusets og kommunenes nettsider, og i tillegg gis på fellesmøter og via andre aktuelle kanaler sykehusene har mot fastleger og kommuner i sitt opptaksområde.

Kommunen bestemmer selv hvordan arbeidet med koordinering skal organiseres, og hvilken instans som skal ha dette ansvaret. Det er et lederansvar å sørge for koordinering. Informasjon om ansvarlig enhet bør fremkomme på nettsidene til kommunen/bydelen med nødvendig kontaktinformasjon.

7 Koding og monitorering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløpet hjem for pasienter med kreft inkluderer ett målepunkt i spesialisthelsetjenesten. Det vil utarbeides informasjon fra Helsedirektoratet om koding i pakkeforløpet til alle HFene. Dette vil også sendes ut digitalt, og publiseres på helsedirektoratet.no.

Helsetjenesten som er ansvarlig for koding i pakkeforløpet må tilrettelegge for opplæring og ansvars plassering av disse oppgavene.

Pakkeforløp hjem vil monitoreres i spesialisthelsetjenesten ved at data om pasienter med kreftdiagnose sammenstilles med informasjon om hvorvidt [behovskartlegging](#) er gjennomført (jf. bruk av prosedyrekode i spesialisthelsetjenesten). Informasjon basert på monitoreringen av pakkeforløpet gjøres tilgjengelig ved publisering på helsedirektoratet.no og helsenorge.no.

Når det gjelder monitorering i kommunene, er det per i dag ikke systemer eller registre som kan benyttes til å følge alle kreftpasienter i kommunehelsetjenesten. Det som rapporteres inn i sentrale registre, som KPR i dag, er begrenset til visse tjenester.

I fremtiden, dersom KPR blir utvidet, kan det bli aktuelt å benytte data fra KPR til monitorering.

8 Evaluering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløp hjem vil evalueres ved at det inkluderes spørsmål til kreftpasienter om deres erfaringer med pakkeforløp hjem i Folkehelseinstituttets årlige pasientundersøkelse blant et utvalg voksne personer som blir utskrevet fra døgnopphold ved somatiske sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig. Informasjon fra denne pasientundersøkelsen, samt monitoreringen av målepunktet, vil publiseres på helsedirektoret.no.

Det kan på sikt iverksettes egne evalueringer av pakkeforløpet, samt at ulike forskningsmiljø kan være interessert i å igangsette forskning på ulike sider ved innføringen av dette – og andre – pakkeforløp.

9 Oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp på kreftområdet

Oppdatering av (de diagnosespesifikke) pakkeforløpene for kreft

De diagnosespesifikke pakkeforløpene vil oppdateres med informasjon om, og lenke til, Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Vurderingen av behov for endring i det enkelte pakkeforløp for kreft gjøres ellers i forbindelse med oppdatering av de nasjonale faglige retningslinjene for den enkelte diagnose/diagnosegruppe, eller at fagmiljø – eller andre – melder inn til direktoratet behov for oppdatering av konkrete deler av pakkeforløpene.

Oppdatering av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft vil oppdateres ved behov.

Det er forventet utvikling av blant annet digitale verktøy for samhandling som vil styrke samhandlingen også ifm. Pakkeforløp hjem. Det vil derfor på sikt være naturlig at disse inkluderes i pakkeforløpet.

Nasjonale handlingsprogram for kreft

Det faglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter beskrives ikke i pakkeforløpet. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram). (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft>)

Oppdatering av de nasjonale handlingsprogrammene for kreft er et pågående arbeid i Helsedirektoratet.

