

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Innhold

Hva er pakkeforløp hjem for kreftpasienter?.....	3
Hvem omfattes av pakkeforløp hjem for kreftpasienter?	3
Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for kreftpasienter og pakkeforløpene for kreft	3
Brukermedvirkning	4
Pårørende	4
Målgruppen for pakkeforløpsbeskrivelsen	4
Når starter pakkeforløp hjem for kreftpasienter?	5
Hva består pakkeforløp hjem for kreftpasienter av?	5
Samhandling mellom aktørene i pakkeforløp hjem for kreftpasienter	6
Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste	6
Forvaltningsenhet/tildelingsenhet	6
Fastlegen	6
Koordinerende enhet i kommunen	7
Kreftkoordinator	7
Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten	7
Kontaktlege	7
Forløpskoordinator	8
Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten	8
Oppfølging av pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester	8
Individuell plan og koordinator	8
Oppfølgingsteam	8
Fastlegen	9
Barnekoordinator	9
Kreftkoordinator	9
Samhandling med andre aktører (arbeids-, utdannings- og velferdssektoren)	9
Rehabilitering	9
Psykisk helse	10
Bruk av digitale plattformer og digitale hjelpemidler	10
Behovskartlegging	10
Sjekkliste	10
Behovskartleggingsverktøy	11
Dokumentasjon og formidling	11
Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende	12

Målepunkt og koding.....	12
Monitorering og evaluering.....	12
Roller og ansvar	13
Begreper og definisjoner	14
Lovverk, retningslinjer, veiledere og faglige råd	16
Lov og forskrift.....	16
Nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp.....	16
Veiledere og faglige råd.....	16

Hva er pakkeforløp hjem for kreftpasienter?

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. Pakkeforløp hjem skal bidra til:

- mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov, dvs. behov som går utover den rent medisinskfaglige oppfølgingen – tilknyttet pasientens livssituasjon - og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient. ([Se behovskartleggingsverktøy og sjekkliste](#))
- at pasientenes behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging
- færre uønskede variasjoner i pasientenes 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 kreftpasienter
- økt trygghet for pasienter som 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 kreftpasienter 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). (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft>)

Hvem omfattes av pakkeforløp hjem for kreftpasienter?

Alle pasienter som får en kreftdiagnose innlemmes i pakkeforløp hjem for kreftpasienter, 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 inkluderes også i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. (Disse pasientene inkluderes ikke i de diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft).

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter omfatter også barn. For nærmere informasjon om oppfølging av barn med kreft, vises det til [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn](#), og [Nasjonal pårørendeveileder](#).

Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for kreftpasienter 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. ([Link](#)) Pakkeforløpene for kreft omhandler hele pasientforløpet, fra mistanke om kreft, til utredning, diagnose, behandling og oppfølging. Pakkeforløpene for kreft har imidlertid vekt på den første delen av forløpet, fra mistanke om kreft, til behandlingen starter. Oppfølging etter behandling, og

samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er ikke beskrevet i detalj.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter innebærer en utdypning av hvordan kreftpasientene bør følges opp etter klinisk beslutning og påbegynt kreftbehandling, og en utdypning av hvordan tjenestenivåene bør samhandle for å avdekke og følge opp pasientens behov for tjenester ut over kreftbehandlingen.

Alle kreftpasienter skal inkluderes i Pakkeforløp hjem når de har fått en kreftdiagnose, uavhengig av om de allerede er i et pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har en kurativ eller palliativ intensjon. Pasienter som får tilbakefall inkluderes i pakkeforløp hjem, selv om de ikke inkluderes i pakkeforløpene for kreft.

De fleste kreftpasientene vil med andre ord både være inkludert i et diagnosespesifikt pakkeforløp og i pakkeforløp hjem, men ikke alle. Noen pasienter som har fått sin kreftdiagnose etter at de er henvist for andre sykdommer, og ø-hjelps-pasienter, er eksempler på pasienter som ikke alltid er inkludert i ett av de 26 diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft, men som skal inkluderes i Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Brukermedvirkning

Pasientens behov skal ha hovedfokus. Retningsendringen fra å spørre pasienten om «hva er i veien med deg?» til å spørre «hva er viktig for deg?» gir rom for å innta pasientens/brukerens perspektiv. Med denne tilnærmingen kan det iverksettes tiltak basert på pasienter og brukeres egne mål.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke når de mottar helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å involvere pasienter eller bruker i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenestetilbud, og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Pasienten eller brukeren har en rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet.

Pasienter eller brukere som i første omgang avslår å delta i prosessen, bør senere spørres på nytt om han eller hun ønsker å medvirke til utforming av tjenestetilbudet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten, og dette vil også være sentralt i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Det er pasienten og deres eventuelle pårørende som i dialog med tjenesten skal gi uttrykk for hva de behøver av bistand og hjelp, og tjenestene skal ivareta dette så langt det lar seg gjøre.

Retten til medvirkning er lovregulert i [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 \(lovdata.no\)](https://lovdata.no/lovtal/2012-06-14/13)

Pårørende

Pasienter eller brukere har ikke bare rett til å medvirke selv, men kan også velge at andre får være til stede under planlegging eller gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene.

Veilederen om pårørende i helse- og omsorgstjenesten har en omfattende beskrivelse av spesialisthelsetjenestenes og kommunenes plikt til støtte og involvering av pårørende.

[Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#), Helsedirektoratet

Målgruppen for pakkeforløpsbeskrivelsen

Målgruppen for pakkeforløpsbeskrivelsen er primært:

- helsepersonell
- ledere/administratorer og beslutningstakere i spesialisthelsetjenesten
- ledere/administratorer og beslutningstakere i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- ansatte i andre kommunale og statlige virksomheter som har kontakt med - og yter tjenester til - kreftpasienter

Pasienter og pårørende kan også ha nytte av informasjon om innholdet i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. For disse gruppene vises det først og fremst til utarbeidet pasientinformasjon ([link](#)).

Når starter pakkeforløp hjem for kreftpasienter?

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter starter i det en person får en kreftdiagnose.

Hva består pakkeforløp hjem for kreftpasienter av?

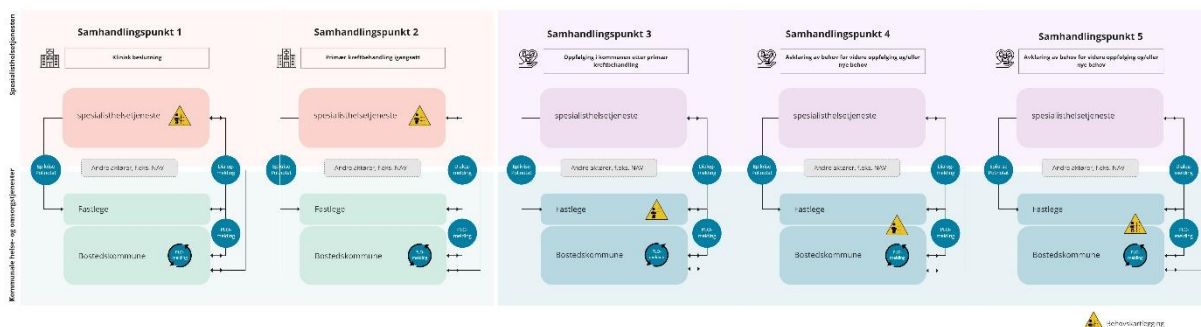
I pakkeforløp hjem for kreftpasienter er ulike samhandlingspunkt beskrevet. Definisjonen av samhandlingspunktene er: *"Møteplasser" mellom pasient, eventuelle pårørende og tjenesten med gitte aktiviteter som skal sikre at pasientens behov blir avdekket og fulgt opp videre i pasientforløpet.*

Det er definert følgende 5 samhandlingspunkter:

- 1. Ved klinisk beslutning**
- 2. Når primær kreftbehandling er igangsatt**
- 3. I forbindelse med oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling**
- 4. Ved avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov** (Ca. 3 måneder etter samhandlingspunkt 3)
- 5. Ved avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov** (Ca. 1 år etter samhandlingspunkt 3)

For å sikre at alle sider ved pasientenes situasjon blir kartlagt, bør det ved disse samhandlingspunktene benyttes et kartleggingsverktøy ([NCCN-utviklet skjema om "distress"/påkjenning](#)) og/eller [sjekkliste](#) som skal sikre at aktuelle temaområder blir gjennomgått på ulike tidspunkt i pasientforløpet. Ved å gjenta gjennomgangen av temaene, kan man fange opp pasientenes behov når de dukker opp, uavhengig av hvor pasienten er i sitt forløp, og uavhengig av hvem pasienten har kontakt med i tjenesten ved aktuelt tidspunkt.

Det som fremkommer i forbindelse med behovskartleggingen bør dokumenteres og videreformidles til aktørene som skal følge opp pasienten videre i forløpet. Dette kan bety involvering av ulike tjenester både innen spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjenesten og andre aktører.



Siste samhandlingspunkt i pakkeforløp hjem for kreftpasienter er ca. 1 år etter samhandlingspunkt 3: *"Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling"*. Pasienten følges opp videre etter behov, hos fastlege, sykehus og/eller andre relevante tjenester i kommunen, etter gjeldende retningslinjer.

Samhandling mellom aktørene i pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Samhandling på tvers av tjenestenivåene er godt regulert i eksisterende nasjonale krav og føringer, og lokale samhandlingsavtaler og rutiner. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter ønsker å styrke de eksisterende samarbeidsavtalene, og beskriver aktiviteter som bør inngå i et pasientforløp.

Resultatene av behovskartleggingen dokumenteres i den grad det er relevant og nødvendig for den videre oppfølgingen av pasienten. Opplysningene skal i nødvendig utstrekning videreformidles til samarbeidende personell i tråd med regelverket.

Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunene bør ha et tydelig kontaktpunkt for henvendelser ifm. behovskartleggingen i pakkeforløp hjem for kreftpasienter som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Kommunene er ulikt organisert og hvilket kontaktpunkt som skal benyttes må avklares lokalt.

Pasienter som ikke allerede har tjenester i kommunen vil ikke helse- og omsorgstjenesten i kommunen kjenne til. Kommunen er derfor avhengig av å få beskjed fra sykehuset, fastlegen eller fra pasient/pårørende direkte dersom det er behov for oppfølging i kommunen.

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet

Kontaktpunkt for helse- og omsorgstjenester i kommunen som har ansvar for søknadsbehandling, tverrfaglig behovsvurdering og å fatte vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester har ulike betegnelser, som f.eks. forvaltningsenhet, tildelingskontor, søknadskontor o.l. Noen kommuner har servicetorg som henviser videre til riktig instans i kommunen. I pakkeforløp hjem vil betegnelsen forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen brukes for denne funksjonen i kommunene, uavhengig av hvordan dette er organisert.

Fastlegen

Fastlegene har et medisinskfaglig koordineringsansvar og kan bidra til å kartlegge hvordan kreftsykdommen oppleves av den enkelte i deres liv, og hvilke prioriteringer pasienten selv vil gjøre. Mange pasienter får i den aktive fasen av kreftbehandlingen all ivaretagelse i spesialisthelsetjenesten, men en del pasienter har oppfølging hos fastlegen parallelt med at de mottar kreftbehandling. Det vil i mange tilfeller være aktuelt at fastlegene ivaretar den første behovskartleggingen i kommunen – jf. samhandlingspunkt 3 – men dette vil variere fra

pasient til pasient, og er også avhengig av hvordan kommunen har organisert sin oppfølging av kreftpasienter.

Fastlegen/henviser skal være orientert om behandlingen og oppfølgingen som gjøres i spesialisthelsetjenesten, og bør derfor bli informert om resultatet av behovskartleggingen. Resultatet av behovskartleggingen kan fremkomme i epikrise, poliklinisk notat eller via elektronisk melding (EDI), eller eventuelt telefonkontakt, til pasientens fastlege. Det bør også sendes melding til fastlege/henviser dersom kartleggingen/samtalen tilknyttet et senere samhandlingspunkt fører til vesentlige endringer i tidligere formidlede behov for oppfølging.

Koordinerende enhet i kommunen

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Denne funksjonen ligger i enkelte kommuner inn under forvaltningsenheten/tildelingsenheten.

Kreftkoordinator

Omtrent halvparten av kommunene i Norge har en kreftkoordinator (56 %)¹. En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste, og de kan ha ulike oppgaver, ansvar og roller i ulike kommuner. Ofte er de organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt. Hvilken rolle kreftkoordinatoren skal ha i pakkeforløp hjem må avklares i den enkelte kommune, men det bør legges til rette for at kreftkoordinator, eller annen kontaktperson, har et tett samarbeid med både koordinerende enhet og forvaltning-/tildelingsenheten i kommunen.

Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten

Dersom kommunale tjenesteytere avdekker behov som spesialisthelsetjenesten bør ha kjennskap til, bør det tas kontakt/gå en melding til kontaktlege, forløpskoordinator eller annet kontaktpunkt som er opprettet for slik kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten.

Kontaktlege

Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

I pakkeforløp hjem for kreftpasienter (Jf. samhandlingspunktene) spesifiseres det ikke nærmere om "lege" er kontaktlegen. Det brukes gjennomgående betegnelsen "lege", uavhengig av om det i praksis er kontaktlegen som vil være aktuell i den beskrevne rollen/situasjonen.

¹ Beregnet etter tall som fremkommer på Kreftforeningens nettsider: <https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/> (Hvilke kommuner har kreftkoordinator?)

Forløpskoordinator

Innføringen av pakkeforløpene for kreft innebar at alle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som behandler kreftpasienter skal ha en forløpskoordinator. Dette gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionale helseforetak. Forløpskoordinatorerne har et delegert ansvar for, og myndighet til, å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten ikke-medisinskfaglig begrunnet ventetid.

Det er opp til helseforetakene å bestemme hvilken rolle forløpskoordinatorerne skal ha i pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator og for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatorene for alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Ved behov for individuell plan og koordinator, skal helseforetaket så snart som mulig varsle kommunenes koordinerende enhet om pasienten/brukeren slik at kommunen/bydelen kan starte prosessen med oppnevning av koordinator, etter samtykke og dialog med pasienten.

Oppfølging av pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester

Jf. Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m, kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet; Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1.

Individuell plan og koordinator

Kreftpasienter har på lik linje med andre rett til individuell plan og koordinator dersom de har behov for langvarige² og koordinerte tjenester. Behovet meldes til **koordinerende enhet** som har et overordnet ansvar for at det oppnevnes en koordinator og at det utarbeides en individuell plan (IP) dersom det vurderes at bruker har behov for dette, eller ønsker det.

For kreftpasienter der sykehuset har plikt til å oppnevne koordinator, er det naturlig om **forløpskoordinator** for kreft oppnevnes i rollen som koordinator. For mer informasjon om forholdet mellom koordinator, forløpskoordinator og **kontaktleger** – se [Veileder for kontaktleger i spesialisthelsetjenesten](#).

Oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er en generisk arbeidsform for tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester vil det være naturlig at et pakkeforløp som starter i spesialisthelsetjenesten videreføres gjennom strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam i kommunen. Denne oppfølgingen skjer innen rammene av bestemmelsene om individuell plan og koordinator. Oppfølgingsteam er nærmere beskrevet i [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, lenke](#)

² I veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator er "langvarig" forklart med «strekker seg over en viss tid». <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Fastlegen

Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene for pasientene på sin liste. Det innebærer samarbeid og henvisning til andre ved behov, jfr. fastlegeforskriften § 19. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, utover det medisinskfaglige området, skal fastlegen informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og at vedkommende eventuelt får oppnevnt koordinator. Fastlegen skal melde behov til kommunens koordinerende enhet, som er kontaktpunkt for dette. Koordinator er viktig samarbeidspartner for fastlegen (Jf. Helsedirektoratets veileder [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)).

Barnekoordinator

For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, foreligger det p.t et forslag om rett til barnekoordinator i kommunen.

Dette vil naturlig inngå i pakkeforløp hjem når/hvis det blir vedtatt. [Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen \(samarbeid, samordning og barnekoordinator\)](#)³

Kreftkoordinator

I tilfeller hvor kreftkoordinator ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, må det sikres at innhold og funksjon oppfyller krav i lov og forskrift. Det omfatter også å følge fastsatte rutiner for melding om behov for koordinator til koordinerende enhet og at øvrige rutiner og prosedyrer som gjelder for denne funksjonen etterleves.

Samhandling med andre aktører (arbeids-, utdannings- og velferdssektoren)

De kommunale tiltakene gjelder mange livsområder, som bolig, familie, arbeidsplass og skole/utdanning. Det er viktig at tiltakene tilpasses den enkelte pasient og at de understøtter hverandre. Pasienten kan f.eks. spørres om han/hun trenger bistand til tilrettelegging av arbeids- eller utdanningssituasjonen. For pasienter som ønsker slik bistand må det etableres et samarbeid mellom kommunen/fylkeskommunen/NAV og helsetjenesten.

Det er anbefalt at **koordinerende enhet** bidrar til samhandling og koordinering også med andre fagområder, og er pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. (Dette utdypes i Helsedirektoratets veileder [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)).

Rehabilitering

Kreftbehandling kan være en stor belastning og påvirke både fysisk og psykisk helse. Rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov bør være mest mulig integrert i behandlingsforløpet. For de fleste brukere vil tyngdepunktet av

³ Se også Norsk forening for allmennmedisin sine anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus. (<https://www.legeforeningen.no/contentassets/0fc7c1a3e4d347718f31a8c8a5f1120e/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf>).

tjenestene de mottar være i kommunen. For en mindre gruppe vil rehabiliteringen ivaretas i spesialisthelsetjenesten.

(Helsedirektoratets veileder [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)).

Psykisk helse

Den somatiske helsetilstanden henger nært sammen med den enkeltes psykiske helse og er en viktig forutsetning for god mestring og livskvalitet. I det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet er det viktig at dette blir en integrert del av pasientens behandling og oppfølging. Det er viktig å vurdere endringer hos pasientene over tid. Behovet for psykisk helsehjelp er dynamisk gjennom et sykdomsforløp, og hjelpetiltakene bør ta hensyn til dette. Mer kunnskap om hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å fremme god psykisk helse finnes i [Veileder sammen om mestring](#).

Bruk av digitale plattformer og digitale hjelpemidler

Pakkeforløp hjem innebærer ingen nye digitale løsninger, men baseres på eksisterende digitale løsninger. Ved fremtidig innføring av nye digitale løsninger – som f.eks. "digitale behandlingsplaner" - vil dette kunne styrke og forenkle samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene.

Noen sykehus/kommuner har utviklet egne verktøy og planer tilknyttet kommunikasjon og oppfølging av "sine" pasienter, og disse kan fortsatt benyttes i tilrettelegging av pasientforløpene.

Bruk av e-konsultasjon og andre digitale hjelpemidler kan brukes når det er mulig og hensiktsmessig, både til kommunikasjon mellom fastlege og pasient, og mellom ulike aktører/tjenesteytere.

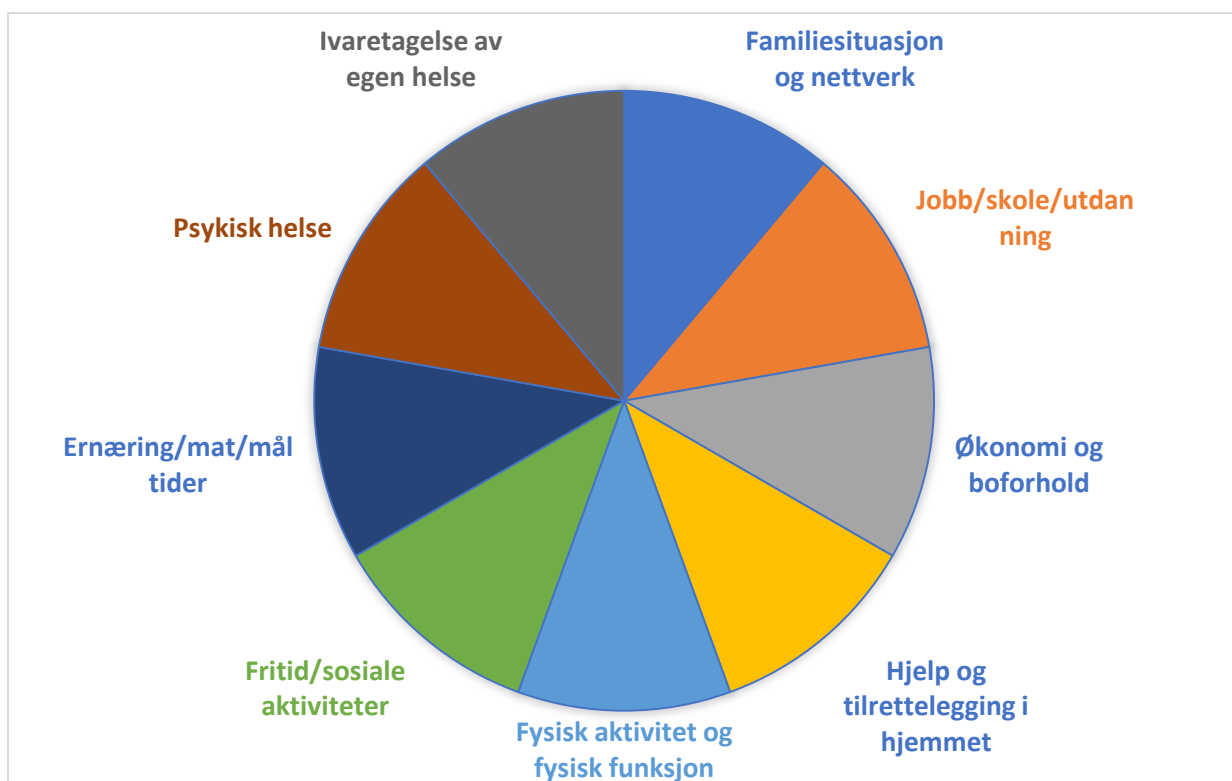
Behovskartlegging

Det anbefales benyttet utarbeidet sjekkliste eller et validert behovskartleggingsverktøy til bruk i samtaler med pasient og eventuelle pårørende. Sjekklisen i pakkeforløp hjem inkluderer ikke den medisinskfaglige behandlingen og oppfølgingen av pasienten - som ivaretas på andre måter - men temaer tilknyttet pasientens øvrige behov og livssituasjon. Sjekklisen og bruk av kartleggingsverktøy skal bidra til at kreftpasienters situasjon og ulike behov for oppfølging blir avdekket gjennom forløpets ulike faser, og det skal bidra til å sette fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient ut fra den livssituasjonen de er i.

Sjekklisen eller kartleggingsverktøyet bør gjennomgås ved hvert samhandlingspunkt, det vil si ved ulike faser i pasientens forløp. Det er viktig at informasjon om hvem som skal ivareta de nødvendige tjenestene til pasienten blir avklart, og at kontaktinformasjon blir formidlet til pasienten. (*Link til sjekkliste og behovskartleggingsskjema*)

Sjekkliste

Sjekklisen består av 9 temaområder som skal gi grunnlag for en strukturert behovskartlegging (Se nærmere beskrivelse over i punktet *Behovskartlegging*)



Behovskartleggingsverktøy

Dialogen i samhandlingspunktene kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det må sikres at temaområdene i sjekklisten blir en naturlig del av behovskartleggingen.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) har utviklet et "distress thermometer" som er validert og oversatt til norsk – *Termometer for grad av påkjenning*. Verktøyet inkluderer de samme temaområdene som sjekklisten. **NCCN – National Comprehensive Cancer Network** – "Termometer for grad av påkjenning" (Finnes også i norsk oversettelse fra 2017. https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/pdf/nccn_distress_thermometer.pdf)



NCCN skjemaet.pdf

Alle aktører i helse- og omsorgstjenesten som anvender et verktøy, må sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og de rettslige rammene som finnes (f.eks. lagring av data og personvern).

Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

Dokumentasjon og formidling

Resultatene av behovskartleggingen dokumenteres i den grad det er relevant og nødvendig for den videre oppfølgingen av pasienten.

Opplysningene skal i nødvendig utstrekning videreformidles til samarbeidende personell i tråd med regelverket, se veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator,

kapittel 5, om taushetsplikt og utveksling av opplysninger innen helse- og omsorgstjenesten og til andre sektorer. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/taushetsplikt-og-samtykke>.

Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende

Det bør på forhånd gis informasjon om at pasienten kan/bør ha med seg eventuelle pårørende eller støttepersoner til samtalen med helsepersonell, jf. samhandlingspunktene.

Informasjonen til pasient og pårørende bør gis både muntlig og skriftlig. Informasjonen som gis må være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Ved samhandlingspunktene skal det gis nødvendig kontaktinformasjon for kontakt med spesialisthelsetjenesten og kommunen, avhengig av hvilket tjenesteområde behovet er tilknyttet.

Målepunkt og koding

Der det fremkommer tider mellom to samhandlingspunkt, anses dette kun som anbefalte tidsrom, men de er ikke definert som "forløpstider" slik vi kjenner det fra andre pakkeforløp.

Ved samhandlingspunkt 1 – *Klinisk beslutning* - og samhandlingspunkt 2 – *Primær kreftbehandling igangsatt* – skal spesialisthelsetjenesten bruke NCMP-prosedyrekode **WMFG10** når behovskartleggingen er gjennomført.

WMFG10 Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering).
Behov for hjelpetiltak i det daglige, i barnehage, skole, hjem, arbeid, sosial- og trygdetiltak osv. Kartlegging gjennomføres i nært samarbeid med pasient, pårørende og bostedskommune. ⁴ [IS-regelverk, jf. punkt 6.24](#)

Denne koden skal benyttes både for pasienter som er i et av pakkeforløpene for kreft og de som ikke er i et kreftpakkeforløp.

Monitorering og evaluering

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 WMFG10).

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 somatisk sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig.

Det kan på sikt iverksettes egne evalueringer av pakkeforløp hjem.

⁴ Den beskrivende teksten til denne prosedyrekoden kan eventuelt bli bedre tilpasset pakkeforløp hjem og gjennomført behovskartlegging ved neste revisjon av NCMP-kodeverket.

Roller og ansvar

Kontaktlege - *"Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c"* – jf. pasient og brukerrettighetsloven §2-5a.

Kontaktlegeordningen er en rettighet for pasientene og en plikt for spesialisthelsetjenesten. Innføringen av ordningen legger grunnlag for bedre organisering av tjenestene og pasientforløpene. Ordningen med kontaktlege endrer ikke de etablerte ansvarsroller mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Mange kreftpasienter vil ha rett til kontaktlege.

[Veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#), Helsedirektoratet.

I pakkeforløp hjem (samhandlingspunktene) spesifiseres det ikke nærmere om "**lege**" er kontaktlegen. Det brukes gjennomgående betegnelsen "lege", uavhengig av om det i praksis er kontaktlegen som vil være aktuell i den beskrevne rollen/situasjonen.

Fastlege - *«Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere»*. (jf. fastlegeforskriften § 19).

[Fastlegeforskriften – veileder med kommentarer](#), Den norske legeforening

Fastlegens rolle ved kreft: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft>

Mange pasienter får i den aktive fasen av kreftbehandlingen all ivaretagelse i spesialisthelsetjenesten, men en del pasienter har oppfølging hos fastlegen parallelt med at de mottar kreftbehandling. Det vil i mange tilfeller være aktuelt at fastlegene ivaretar den første behovskartleggingen i kommunen – jf. samhandlingspunkt 3 – men dette vil variere fra pasient til pasient, og er også avhengig av hvordan kommunen har organisert sin oppfølging av kreftpasienter.

Forløpskoordinator - Forløpskoordinatorerne i spesialisthelsetjenesten har et delegert ansvar for, og myndighet til, å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten ikke-medisinskfaglig begrunnet ventetid. Det er virksomhetene selv som bestemmer hvor foreløpskoordinatorerne er forankret, og hvem som skal ha denne rollen. Kontaktinformasjon til forløpskoordinatorerne fremgår på virksomhetenes nettsider. Det er opp til helseforetakene å bestemme hvilken rolle forløpskoordinatorerne skal ha i pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen - De fleste kommuner har et kontaktpunkt for helse og omsorgstjenester, ofte betegnet som *forvaltningsenhet/tildelingskontor/søknadskontor* e.l., med ansvar for søknadsbehandling, tverrfaglig behovsvurdering og å fatte vedtak om kommunale helse – og omsorgstjenester. Noen kommuner har servicetorg som henviser videre til riktig instans i kommunen. *Koordinerende enhet* kan også i mange tilfeller ligge under/i denne forvaltningsenheten/tildelingsenheten. I pakkeforløp hjem vil fellesbetegnelsen *forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen* brukes for denne funksjonen i kommunene.

Koordinerende enhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en lovpålagt enhet som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator til pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester – jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne funksjonen ligger i enkelte kommuner inn under forvaltningsenheten/tildelingsenheten.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten – Helseforetakene har plikt til å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11.

Den koordinerende enheten skal bl.a. bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Den koordinerende enheten i spesialisthelsetjenesten skal også ha oversikt over, og nødvendig kontakt, med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Kreftkoordinator - Omtrent halvparten av kommunene i Norge har en kreftkoordinator (56 %)⁵. En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste, og de kan ha ulike oppgaver, ansvar og roller i ulike kommuner. Ofte er de organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt. Hvilken rolle kreftkoordinatoren skal ha i pakkeforløp hjem må avklares i den enkelte kommune, men det bør legges til rette for at kreftkoordinator, eller annen kontaktperson, har et tett samarbeid med både koordinerende enhet og forvaltning-/tildelingsenheten i kommunen.

Koordinator – Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2: "*For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.*"

Barnekoordinator - For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, foreligger det et lovforslag p.t. om rett til barnekoordinator i kommunen. Dersom dette vedtas, vil det naturlig inngå i pakkeforløp hjem. [Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen \(samarbeid, samordning og barnekoordinator\).](#)

Begreper og definisjoner

Samhandlingspunkt - Møteplasser mellom pasient (pårørende) og tjenesten med gitte aktiviteter som skal sikre at pasientens behov blir avdekket og fulgt opp videre i pasientforløpet.

Melding – Med melding i pakkeforløp hjem menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler som holder sikkerhetsnivå 4, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), poliklinisk notat eller via elektronisk melding (EDI), eller eventuelt telefonkontakt/møter.

Klinisk beslutning - Etter endt utredning tas det beslutning om sykdomstilstand, om anbefalt behandling og om behandlingen har kurativt eller palliativt siktemål. Endelig beslutning om behandling tas i samråd med pasienten.

Støttebehandling - Støttebehandling er forebygging og behandling av symptomer, komplikasjoner og bivirkninger av kreftbehandlingen. Behovet for slik støttebehandling varierer gjennom pasientforløpet, og beskrives nærmere i pakkeforløpene for kreft der dette er relevant.

⁵ Beregnet etter tall som fremkommer på Kreftforeningens nettsider: <https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/> (Hvilke kommuner har kreftkoordinator?)

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen - De fleste kommuner har et kontaktpunkt for helse og omsorgstjenester, ofte betegnet som *forvaltningsenhet/tildelingskontor/søknadskontor* e.l., med ansvar for søknadsbehandling, tverrfaglig behovsvurdering og å fatte vedtak om kommunale helse – og omsorgstjenester. Noen kommuner har servicetorg som henviser videre til riktig instans i kommunen. *Koordinerende enhet* kan også i mange tilfeller ligge under/i denne forvaltningsenheten/tildelingsenheten. I pakkeforløp hjem vil fellesbetegnelsen *forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen* brukes for denne funksjonen i kommunene.

Koordinerende enhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en lovpålagt enhet som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator til pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester – jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne funksjonen ligger i enkelte kommuner inn under forvaltningsenheten/tildelingsenheten.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten – Helseforetakene har plikt til å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11.

Den koordinerende enheten skal bl.a. bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Den koordinerende enheten i spesialisthelsetjenesten skal også ha oversikt over, og nødvendig kontakt, med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Koordinator - Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2: "*For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.*"

Forløpskoordinator – I forbindelse med innføring av pakkeforløpene for kreft i 2015, ble det etablert forløpskoordinatorstilling ved alle sykehus som utreder og behandler kreft. Forløpskoordinatorene skal ha tett og løpende kontakt med pasienten og involverte instanser. Helseforetakene bestemmer hvilken rolle forløpskoordinatorene skal ha i pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Barnekoordinator - For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, foreligger det et lovforslag p.t. om rett til barnekoordinator i kommunen. Dersom dette vedtas, vil det naturlig inngå i pakkeforløp hjem. [Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen \(samarbeid, samordning og barnekoordinator\).](#)

Kreftkoordinator - Omtrent halvparten av kommunene i Norge har en kreftkoordinator (56 %)⁶. En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste, og de kan ha ulike oppgaver, ansvar og roller i ulike kommuner. Ofte er de organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt. Hvilken rolle kreftkoordinatoren skal ha i pakkeforløp hjem må avklares i den enkelte kommune, men det bør legges til rette for at kreftkoordinator, eller annen kontaktperson, har et tett samarbeid med både koordinerende enhet og forvaltning-/tildelingsenheten i kommunen.

⁶ Beregnet etter tall som fremkommer på Kreftforeningens nettsider: <https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/> (Hvilke kommuner har kreftkoordinator?)

Lovverk, retningslinjer, veiledere og faglige råd

Lov og forskrift

Tekst er under utarbeidelse!

Nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp

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

I 2015 ble det implementert 28 diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft, ett diagnostisk pakkeforløp og ett for metastaser uten kjent primærtumor, med tilhørende diagnoseveiledere for fastlegene og informasjonsskriv til pasientene.

- [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft - Helsedirektoratet](#)
- [Pakkeforløp for kreft - Diagnoseveiledere - Helsedirektoratet](#)
- [Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

Veiledere og faglige råd

- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#), Helsedirektoratet
 - [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#), Helsedirektoratet
 - [Veileder: Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#), Helsedirektoratet
- Hva er viktig for deg? <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring>
- [Fastlegens rolle ved kreft - Helsedirektoratet](#)
 - [Fysioterapi ved kreft](#)
 - [Seneffekter etter kreftbehandling](#)
 - [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak - Helsedirektoratet](#). Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalene skal bl.a. inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (Jf. §6-2, punkt 2).