

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Bakgrunn og formål

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft¹ skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helse-tjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft eller etter endt kreftbehandling.

Pakkeforløp hjem utløses for pasienter som får en kreftdiagnose, og skjer for de fleste pasienter parallelt med de diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft. Pakkeforløp hjem inneholder 3 samhandlingspunkt knyttet til behovskartlegging i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og skal bidra til at pasientenes livssituasjon og ulike behov for oppfølging blir avdekket, samt rette oppmerksomhet mot hva som er viktig for den enkelte pasient.

Pasientgruppe:

Alle pasienter som får en kreftdiagnose, skal få tilbud om 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 både voksne og barn.

Forløpets start og slutt:

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter starter i spesialisthelsetjenesten etter at en pasient har fått stilt en kreftdiagnose, og avsluttes i kommunehelsetjenesten ca. 12-18 måneder etter at kreftdiagnosen ble stilt.

Oppfølgingen av pasienten avsluttes imidlertid ikke ved forløpets slutt. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester fortsetter så lenge pasienten har behov for det.

For pasienter som får tilbakefall/residiv, starter pakkeforløp hjem «på nytt» når tilbakefall/residiv konstateres.

For pasienter som eventuelt ikke ønsker en samtale med behovskartlegging på sykehuset (samhandlingspunkt 1), bør det avklares hvorvidt de ønsker å få en kartleggingsamtale i kommunen på et senere tidspunkt.

1. Start pakkeforløp hjem

Alle pasienter som får en kreftdiagnose eller konstatert tilbakefall/residiv, skal få tilbud om pakkeforløp hjem. Forløpet startes ved at det avtales/kalles inn til en kartleggingsamtale i spesialisthelsetjenesten. Tidspunkt for samtalen avhenger av pasientens tilstand og/eller hvilket diagnosespesifikt pakkeforløp pasienten inngår i. I forkant av samtalen får pasienten informasjon om pakkeforløp hjem (vedlegg 1), samt mulighet til å fylle ut kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2). Det bør legges opp til at pasientens pårørende kan delta i samtalen.

¹ [Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet](#)

2. Fyll ut skjema

Hovedregel er at pasienten forbereder seg til kartleggingssamtale ved å fylle ut kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2). Dette er et strukturert skjema som er anbefalt brukt i kartleggingssamtalen for raskt å kunne ta «temperaturen» på det pasienten opplever er en påkjenning. Skjemaet fylles ut digitalt via helsenorge.no eller på papir i forkant av kartleggingssamtalen. Hvilket alternativ som velges, avhenger av pasientens tilstand og hvilket diagnosespesifikt pakkeforløp pasienten inngår i.

3. Kartlegg behov - Samhandlingspunkt nr. 1

Kartleggingssamtalen gjennomføres etter at pasienten er informert om sin kreftdiagnose eller tilbakefall/residiv. Det vil variere når det passer å gjennomføre en slik samtale; det avhenger av pasientens tilstand og/eller hvilket diagnosespesifikt pakkeforløp pasienten inngår i. Det bør tilstrebes at samtalen skjer i tilknytning til eller som en del av annen samtidig kontakt med sykehuset.

Samtalen gjennomføres med utgangspunkt i kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2).

Det bør legges til rette for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det. Dersom pårørende ikke kan delta i fysisk konsultasjon, bør de få tilbud om digital deltakelse.

Registrering av kode

Gjennomført behovskartlegging skal registreres i DIPS med koden WMFG11 *Utvidet samtale med pasient for kartlegging av behov for bistand i pasientens livssituasjon*. Det er mulig å kreve refusjon for kartleggingssamtalen i tråd med ISF-regelverket dersom kartleggingssamtalen er gjennomført som en poliklinisk konsultasjon.

4. Følg opp evt. behov

Behov for oppfølging som avdekkes i kartleggingssamtalen, tas tak i enten av sykehuset og/eller kommunen. Oppfølgingen avhenger av hvor pasienten er i forløpet, og hva slags oppfølging som kreves. Hovedregelen er at sykehuset følger opp pasientens behov så lenge pasienten er inneliggende på sykehuset, mens kommunen følger opp behov etter at pasienten er skrevet ut.

5. Send notat

Oppsummering av kartleggingssamtalen skrives i eget forhåndsdefinert PLO-skjema i DIPS med tittelen «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft», og sendes til Forvaltningskontoret i pasientens hjemkommune. For de pasienter som ikke har gjennomført kartleggingssamtale, men likevel ønsker å få tilbud om kartleggingssamtale i kommunen på et senere tidspunkt, skal dette fremgå av samme notat. For pasienter som ikke ønsker å inngå i pakkeforløp hjem hverken i spesialist- eller kommunehelsetjenesten, skal det ikke sendes noe oppsummeringsnotat på.

Kopi av oppsummeringsnotatet skal også sendes til pasientens fastlege.

I oppsummeringen skal det kort fremgå:

a) om pasienten har startet pakkeforløp hjem, eller ønsker å få tilbud igjen om dette på et senere tidspunkt (samhandlingspunkt 2).

b) hva pasienten evt. har av påkjenninger

c) hvilke behov pasienten evt. har mht. oppfølging fra kommunen, og hva pasienten evt. allerede er henvist til av oppfølgingstilbud.

6. Ta imot notat

Forvaltningskontoret i pasientens hjemkommune tar imot oppsummeringsnotatet, og sender det umiddelbart videre til aktuell ansvarlig enhet/person i kommunen for videre oppfølging av evt. behov og/eller innkalling til kartleggingssamtale.

7. Følg opp evt. behov

Ansvarlig enhet/person i kommunen tar raskt direkte kontakt med pasienten for å følge opp behovene som eventuelt er framkommet i kartleggingssamtalen. Det kan allerede på dette tidspunktet avtales ny kartleggingssamtale (jfr. aktivitet 8) dersom det er hensiktsmessig.

8. Kontakt pasient

For pasienter som har takket ja til tilbudet om pakkeforløp hjem, bør det tilstrebes rask telefonisk kontakt for å informere om og avklare videre forløp. Pasienten kalles inn til ny kartleggingssamtale etter 3-4 måneder. I forkant av samtalen sendes kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2) ut til pasienten.

9. Fyll ut skjema

Hovedregel er at pasienten forbereder seg til kartleggingssamtale ved å fylle ut det samme kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2), som ble benyttet i samhandlingspunkt nr 1. Dette er et strukturert skjema, som er anbefalt brukt i kartleggingssamtalen for raskt å kunne ta «temperaturen» på det pasientene opplever er en påkjenning. Skjemaet fylles ut på papir i forkant av kartleggingssamtalen, og tas med til selve samtalen.

10. Kartlegg behov – Samhandlingspunkt nr. 2

Kartleggingssamtale i kommunen gjennomføres for de pasientene som ønsker dette 3-4 måneder etter start pakkeforløp hjem. Den enkelte kommune definerer selv hvem som er ansvarlig for å gjennomføre samtalen, og når den skal finne sted. Det vil variere når det passer å gjennomføre en slik samtale, og avhenger av pasientens tilstand. Det bør tilstrebes telefonisk kontakt med pasienten i forkant av samtale (jfr. pkt. 8) for å avklare tidspunktet for samtale.

Samtalen gjennomføres med utgangspunkt i kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2).

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

For pasienter som eventuelt ikke ønsker en samtale med behovskartlegging på dette tidspunktet, bør det avklares om de ønsker at kommunen skal ta kontakt igjen i forbindelse med innkalling til en ny kartleggingssamtale (samhandlingspunkt 3) senere.

11. Følg opp evt. behov

Ansvarlig enhet/person i kommunen tar raskt direkte kontakt med pasienten for å følge opp behovene som eventuelt er framkommet i kartleggingssamtalen.

12. Kontakt pasient

Det bør tilstrebes telefonisk kontakt med pasienten for å informere om og avklare videre forløp for pasienter som har takket ja til tilbudet om pakkeforløp hjem. Hvis ikke det er behov som må dekkes på det aktuelle tidspunktet, kalles pasienten inn til ny kartleggingssamtale etter 12-18 måneder. I forkant av samtalen sendes kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2) ut til pasienten.

13. Fyll ut skjema

Aktiviteten er like som aktivitet nr. 9.

14. Kartlegg behov – Samhandlingspunkt nr. 3

Kartleggingssamtale i kommunen gjennomføres for de pasientene som ønsker dette 12-18 måneder etter start pakkeforløp hjem.

Kartleggingssamtalen er ellers lik som samhandlingspunkt 2 jamfør aktivitet nr. 10.

15. Følg opp evt. behov.

Ansvarlig enhet/person i kommunen tar raskt direkte kontakt med pasienten for å følge opp behovene som eventuelt er framkommet i kartleggingssamtalen.