

# Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

## Forslag til rutine for kommunene i Helsefelleskapet



### Innledning

Pakkeforløp hjem bygger på nasjonale retningslinjer og skal gjennomføres hos pasienter som får en kreftdiagnose, uavhengig om de allerede er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke og om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon. Pakkeforløpet omhandler også barn.

Pakkeforløpet inneholder 3 samhandlingspunkt hvor pasienter tilbys en samtale der deres behov kartlegges. Samtalene omhandler behov som går ut over selve kreftbehandlingen:

1. I spesialisthelsetjenesten etter at du har fått en kreftdiagnose
2. I kommunen ca. 3-4 måneder etter at du fikk kreftdiagnosen
3. I kommunen ca. 12-18 måneder etter at du fikk kreftdiagnose

### Formål

Denne prosedyren beskriver kommunehelsetjenestens ansvarsområde i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Den 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.

Hensikten er å:

- hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten
- bidra til riktige prioriteringer i tjenesten
- løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp

Prosedyren skal sikre at det gjennomføres to behovskartleggingsamtale med pasienter etter en kreftdiagnose. Samtalene skal omhandle pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging

### **Omfang**

Saksbehandler/ Forvaltning/ Tildelingskontor og helsepersonell i utførerledd (kreftkoordinator, kreftsykepleier, saksbehandler, ressurspsykepleier innen kreft og palliasjon) som har ansvar for oppfølging av kreftpasienter i kommunene.

### **Kartleggings skjema**

Temaområder for behovskartleggingen Behovskartlegginga 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

Vedlagte skjema omhandler punktene over og kan også benyttes og sendes ut i forkant av kartlegginga, eventuelt hentes på helsedirektoratet. No.

[Termometer for grad av påkjenning - NCCN.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

### **Ansvar og myndighet**

Saksbehandler/ Forvaltning/ Tildelingskontor er kontaktpunkt i kommunen for «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft». De sørger for at melding fra sykehuset om gjennomført kartlegging og behov for oppfølging gis til den som skal utføre kartleggingen i samhandlingspunkt 2, etter 3-4 mnd. og samhandlingspunkt 3, etter 12- 18 mnd. i kommunen.

Her kan den enkelte kommune ha ulike utførere og noen kommuner kan i samråd med fastleger avtale at fastlegen utfører samhandlingspunkt 3, at kreftkoordinator eller saksbehandler utfører samhandlingspunkt 2 hvis de ikke har hjemmesykepleie eller institusjonstjenester og at kreftsykepleier eller ressurspsykepleier innen kreft og palliasjon utfører kartleggingen hos de som allerede har helse- og omsorgstjenester. Det er opp til den enkelte kommune å finne best mulig løsninger her og utarbeide lokale prosedyrer. Det er vesentlig at sykepleier med ansvar for kartleggingene gis tid til å utøve sin funksjon og at dette forankres i ledelsen. Den som får ansvar for kartlegginga får ansvar for å følge opp eventuelle behov og tiltak knyttet til kartleggingen og videreformidle informasjon om kartleggingen til fastlegen. Det er her viktig at ansvarlig sykepleier kjenner til ulike mestring og likepersonstilbud både i og utenfor kommunen for best mulig egenmestring.

Kommunen har ansvar for at informasjon om pakkeforløp hjem for kreftpasienter og kommunens tilbud til kreftpasienter publiseres på kommunens hjemmesider. Kontaktinformasjon for henvendelser om «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» må stå på kommunens hjemmesider slik at de selv kan ta kontakt.

### **Aktivitet og beskrivelse**

Pakkeforløpet består av 3 samhandlingspunkter som angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten, inkludert behovskartlegging. Pårørende kan også evt. delta her etter ønske fra pasienten.

Det anbefales å sende ut kartleggings skjema i forkant av hjemmebesøket/ behovskartleggingen. Skjema kan eventuelt lastes ned fra Helsedirektoratet. Avklar dette med hver enkelt pasient.

Avtaler om kartleggingsbesøk journalføres og sikres gjennomført i journalsystem ved eventuelt fravær av ansvarlig person.

Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter diagnostisering

Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen ca. 3-4 mnd. etter en kreftdiagnose

Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen ca. 12-18 mnd. etter en kreftdiagnose

Resultat og eventuelle tiltak etter kartlegging dokumenteres i journal og kopi av notat sendes fastlege.

Referanser:

[Termometer for grad av påkjenning - NCCN.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Pakkeforløp heim for pasientar med kreft - Helsenorge](#)

Helsefelleskapet i Telemark; pakkeforløp hjem for pasienter med kreft, statusrapport 2022