



# Rapport

## Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Liv Ågot Hågensen | Leder i arbeidsgruppa i  
Helsefellesskapet | 2024

## Bakgrunn for pakkeforløpet

Helsedirektoratet fikk i 2018 oppdrag å utarbeide Pakkeforløp hjem for kreftpasienter sammen med fagmiljø og bruker- og pasientorganisasjoner. Som en del av dette har de utarbeidet relevant informasjon til pasienter og pårørende som er publisert på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). For helsepersonell finnes informasjon på [helsedirektoratet sine](#) nettsider.

Kommuner og sykehus ble anbefalt om å inngå samarbeid. I Helsefellesskapet i søndre Trøndelag ga Administrativt samarbeidsutvalg Fagråd for forebygging, tidlig innsats, helsefremming, læring og mestring oppdrag om å utarbeide pakkeforløpet i fellesskap. Det ble nedsatte en arbeidsgruppe som skulle utarbeide Pakkeforløpet.

### **Følgende representanter har deltatt i arbeidsgruppen:**

Lise Mo- Helsefaglig rådgiver, MSc, Fagavdelingen St. Olavs hospital  
Lise Anette Grannes Sandvik, kvalitetsrådgiver Kirurgisk klinikk, St. Olavs hospital  
Tove Reinertsen, kvalitetsrådgiver Kreftklinikken, St. Olavs hospital  
Kirsten Aune Walther, Fagutviklingssykepleier BUK, forløpsveileder, Fagavdelingen, St. Olavs hospital  
Marit Øverås, kvalitetsrådgiver, Viseadministrerende direktør stab, St. Olavs hospital  
Laila Grøthe, senterkoordinator Vardesenteret, Kreftklinikken, St. Olavs hospital  
Marthe Møsth Johansen, brukerrepresentant  
Liv Ågot Hågensen, regional kreftkoordinator i Trøndelag Sørvest, lakseregionen  
Inger Peggy Storvik, kreftkoordinator i Trondheim kommune  
Eva Margrete Bye, avdelingsleder helse og velferdskontor Lerkendal, Trondheim kommune  
Monika Glørstad, kreftkoordinator i Hitra kommune  
Merete Bjåstad, Kreftforeningen, distriktskontor Trondheim

## Mål for Pakkeforløpet

«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.» Se [Helsedirektoratas veileder](#)

Pakkeforløpet skal bidra til:

- Kreftpasienter og deres pårørende opplever at helse- og omsorgstjenesten avdekker eventuelle behov for psykososial oppfølging
- 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.
  - Kreftpasienter og deres pårørende opplever god brukermedvirkning og brukertilfredshet
  - Kreftpasienter og deres pårørende opplever god tilgjengelighet til tjenestene
  - Økt trygghet for pasienten når pasienten overføres mellom tjenestenivåene.
- Pakkeforløpet omfatter også barn.

## Proessen

Etter innledende runder med Liv Ågot Haagenen og Lise Moe ble det etablert en arbeidsgruppe på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten. Man søkte representanter fra både små og store kommuner. For å dekke innspill fra fastleger ble det forespeilet at Fagråd for legesamarbeid kunne fungere som høringsinstans.

Og at et velfungerende pakkeforløp ikke vil føre til store ekstraoppgaver for helsetjenesten. Det var også enighet om at forløpet må være likt i hele helseregionen, da pasientene går på tvers av Helseforetakene.

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i veilederen [Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet](#)

- Det har vært gjennomført møter i arbeidsgruppen nedsatt av Helsefellesskapet.
  - Pakkeforløpet har også vært tatt opp i RADS og Regionalt Fagråd for digital samhandling.
  - Det har også vært nedsatt en arbeidsgruppe på tvers av sykehus og kommune i regionen for å sikre at man er omforent.
  - Forløpsveilederne i sykehusene har utarbeidet regionalt forløp med tilhørende prosedyrer.
  - Kommunene har laget en anbefalt veileder for pakkeforløpet.
  - Det er enighet om adressering, dvs. sendes til Saksbehandlertjenesten.
- Man har kartlagt hvordan informasjonen kan formidles i de forskjellige journalsystemene fra sykehusene.
    - o Sykehus som bruker Doculive – bruker brev og sendes som epikriseformat
    - o Sykehus som bruker Helseplattformen – bruker dialogmelding og legger inn punktene i kartleggingssamtalen
  - Det er også gjort kartlegging om Helseplattformen kan løse Pakkeforløpet på en enkel måte:
    - o Det er ikke mulig å få inn en mal inn i Helseplattformen på nåværende tidspunkt – det er laget et hjelpeark/huskeliste ift. Behovskartleggingen som ikke ligger i journalen men er et papir ved siden av.

- o Det å bruke HelsaMi i forhold til Behovskartlegging – blir ikke prioritert på nåværende tidspunkt – her vil vi sende med papirbrosjyre som ligger på [Helsedirektoratets sin side](#)

1. Behovskartlegging 1 foregår i sykehus.
  - St. Olavs hospital innfører det regionale pakkeforløpet med prosedyrer
  - Når sykehuset sender kartleggingen til kommunen, tar kommunen over stafettspinnen.
  - Sykehuset sender til saksbehandlertjenesten i kommunen. En vei inn.
  - Viktig med tydelig merking; «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft»
  
2. Behovskartlegging 2 og 3 gjøres i kommunen.

Ansvar for samhandlingspunkt 2 og 3 i kommunen: Kreftsykepleier i hjemmesykepleien/ institusjon om de har tjenester fra før, kreftkoordinator, fastlege, saksbehandlingskontor. Variasjoner i kommunestørrelse og organisering.

Kommunene innfører anbefalt veileder, men kommunene er svært ulike både i størrelse og mht. ressurser så det er viktig at de selv får bestemme rutiner for hvem som gjør hva. Men, det er bred enighet om at det er «en vei inn» og at alle henvendelser går til Saksbehandling i den enkelte kommune samt til pasientens fastlege.
  
3. Det er enighet om en pilot på bryst- og prostatakreft. De ulike klinikker på St. Olavs har forankret Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i klinikkledelsen
  
4. Sykehuset implementerer det Regionalt forløp med tilhørende prosedyrer.
  
5. Informasjon om pakkeforløpet legges ut på stolav.no og hjemmesiden i kommune.
  
6. Kartleggingsskjema, "termometer for grad av påkjenning" skal gjøres kjent. Pasienten må selv få si hvilke utfordringer han/ hun kjenner på.

## Vedlegg

Prosedyrer og skriv utarbeidet fra spesialisthelsetjenesten; vedlegg 1.-4

Anbefaling rundt prosedyre for kommunehelsetjenesten; vedlegg 5

Arbeidsgruppen har rapportert til Fagråd 3

## Referanser

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

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - pasientbrosjyre.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)