



**Helsefelleskapet
i Telemark**

**PAKKEFORLØP
HJEM FOR PASIENTER MED KREFT**

STATUSRAPPORT 28.11.2022

Innhold

Bakgrunn for pakkeforløpet	3
Mål for pakkeforløpet.....	3
Implementering av pakkeforløpet i Telemark	4
Omfang.....	4
Ansvar	4
Oppgaver som må løses.....	4
Arbeidsgruppens deltakere:	5
Arbeidsprosess	5
Arbeidsgruppe etablert 27. april.....	5
Møte i arbeidsgruppe 16. juni	5
Møte i arbeidsgruppa 15. august	5
Møte i arbeidsgruppe 20. sept.....	6
Møte i arbeidsgruppe 25. oktober	6
Møte i arbeidsgruppe 22. november	6
Annet arbeid mellom møtene.....	6
Beskrivelse av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i Telemark.....	7
Prosedyrer	8
Digital kommunikasjon og kontaktpunkt	8
Informasjon.....	9
Vurderinger og behov for avklaring.....	10
Kontaktpunkt ved STHF	10
Kontaktpunkt i kommunen.....	10
Vedtak	10
Bruk av Kartleggingsverktøyet	10
Opplæring.....	11
Hva med de som takker nei eller ikke er tilgjengelig?	11
Tiltak	11
Erfaringer så langt	12
Referanser	12
Vedlegg	12
Tilbakemeldinger og innspill til rapporten.....	12
Vedlegg: Fremdriftsplan	13
Vedlegg: Prosedyre STHF.....	19
Vedlegg prosedyre pilotkommuner	24

Bakgrunn for pakkeforløpet

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."*

Helsedirektoratet har etablert en nasjonal implementeringsgruppe for **pakkeforløp hjem for pasienter med kreft** som sammen med direktoratet har utarbeidet plan for implementering (1) av pakkeforløp hjem, og som skal bidra til oppfølging og gjennomføring av de nasjonale tiltakene.

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

29. desember 2021 ble nasjonal veileder for pakkeforløpet (2) publisert på Helsedirektoratets nettsiden.

Mål for pakkeforløpet

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

Implementering av pakkeforløpet i Telemark

Helsefelleskapet i Telemark besluttet i sak 12/22 SSU øvre Telemark og 12/22 SSU nedre Telemark følgende vedtak:

«Det nedsettes en arbeidsgruppe som skal lage en plan for hvordan Telemark skal implementere pakkeforløp hjem i sin daglige drift.»

Vurderingen bak vedtaket

«Strategisk samarbeidsutvalg bør ta stilling til hvordan samarbeid relatert til kreftpasienter og oppfølging av Pakkeforløp hjem skal jobbes med Det skal implementeres i løpet av 2022 – og en har derfor mulighet til å sette ned en egen arbeidsgruppe med representanter fra kommune og STHF samt fastleger og brukerorganisasjoner- hvor en på et senere tidspunkt inviterer til et dialog møte med alle kommuner eller deler dette i nedre og øvre Telemark En bør også vurdere om dette kan integreres i samarbeidsavtalen for kontaktsykepleiere i kreftnettverket – eller skal det lages en egen samarbeidsavtale knyttet til dette.»

Omfang

Mandatet omfatter både Sykehus Telemark og kommuner som har oppfølging av pasienter med kreft.

Ansvar

Arbeidsgruppen rapporterer til Helsefelleskapet.

Oppgaver som må løses

- Etablere et system hvor man sikrer at pasienter med kreft får et tilbud om å bli inkludert i pakkeforløp hjem.
- Etablere et system for overføring av informasjon fra sykehus til kommunehelsetjeneste.
- Det skal foreligge kontaktinformasjon og tilgjengelig informasjon om pakkeforløp hjem på sykehusets og kommunenes nettsider.
- Lage planer for hvordan samhandling spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten skal gjennomføres i praksis. Det forventes at man bruker allerede etablerte nettverk som for eksempel kreftkoordinatorer og kontaktsykepleiernettverket. Planen bør også inneholde avtaler for involvering av andre yrkesgrupper der det er aktuelt.
- Det er ønsket en etablering av felles kartleggingsverktøy for kommuner og STHF.

Pakkeforløp hjem består av 3 samhandlingspunkt, hvor pasientens behov, gjennom samtale med helsepersonell, blir systematisk kartlagt og det lages plan for oppfølging av behovene.

- Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose
- Behovskartlegging i kommunen ca 3-4 mnd. etter en kreftdiagnose
- Behovskartlegging i kommunen ca 12-18 mnd. etter en kreftdiagnose.

Pakkeforløp hjem skal kodes og det må lages rutiner og kvalitetskontroll for dette.

Arbeidsgruppens deltakere:

Representant fra samhandling/kommunikasjon Leder – Geir Jørgen Bekkevold
Samhandlingskoordinatorer – Kari Gro Espeland, Hege Holmern, Ole M. Stamland
Representant fra ulike fagområdene ved STHF – Ronny Bakka, Kjersti Junker, May Britt Egeberg, Håvard Hogsrud Olsen, Nina Holthe McNeill, Nina Odberg, Cathrine Giske
Palliativt team – Torunn Haugstøl
Koordinator Kontaktsykepleiernettverket – Elisabeth Dahler Lien
Representant fra DIPS – Merethe Bergfall Lauritsen
Representant digital samhandling – Jørund Kristian Sveen
Kreftforeningen – Mari Arnøy Slåttholm, Camilla Sætra Schibsted
Kreftkoordinatorer kommune – Sigrid Skarholt, Elin Bredsand, Anne Marie Lunde, Ingrid Bruserud
PKO-/ fastlege – Aleksander Berre Thorne

Oversikten over deltakere er ikke uttømmende - arbeidsgruppen er utvidet og endret underveis etter behov.

Arbeidsprosess

Arbeidsgruppe etablert 27. april

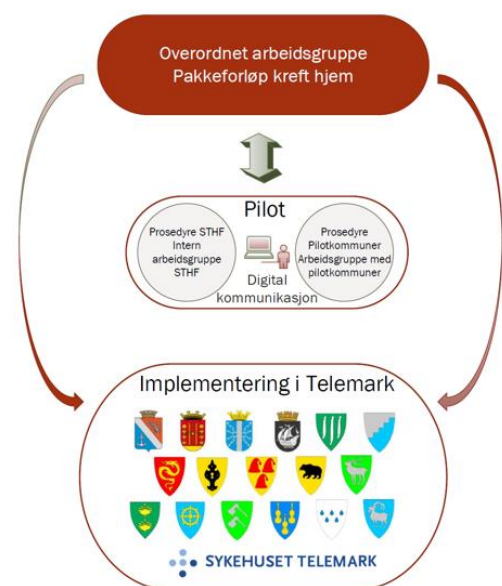
- Mandat avklart
- Møteplan lagt

Møte i arbeidsgruppe 16. juni

- Etablert en mindre arbeidsgruppe som utarbeider prosedyrer for pilotkommuner og STHF
- Planlagt utprøving for pasienter ved bryst og lunge i STHF og pilotkommuner Skien og Kviteseid fra 1. september

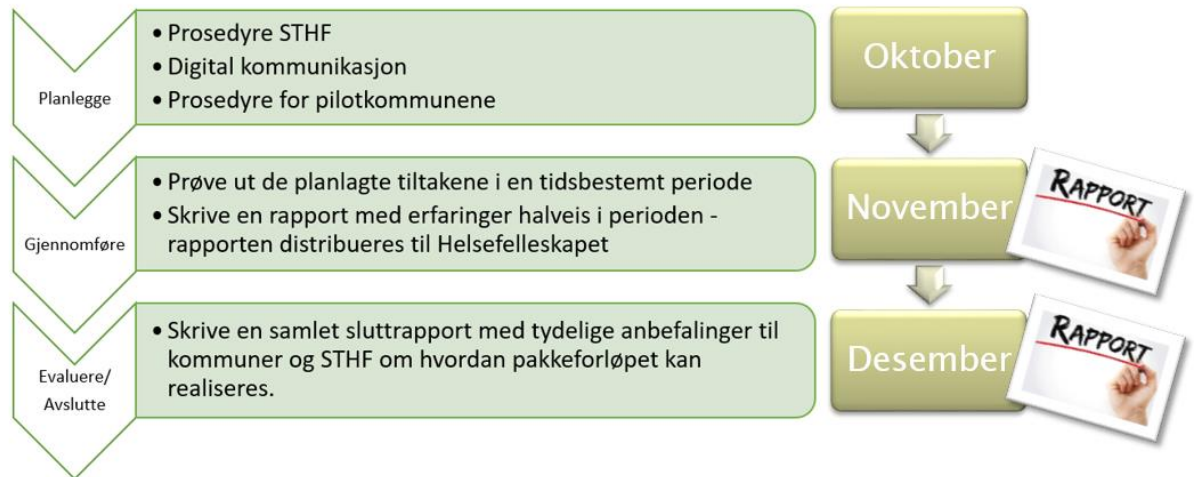
Møte i arbeidsgruppa 15. august

- Besluttet å dele prosedyrearbeidet i 2 – STHF og kommuner separat
- Overordnet arbeidsgruppe samler erfaringer fra piloten gjennom de 2 separate prosedyrene som blir utprøvd og rapporterer til Helsefelleskapet.



Møte i arbeidsgruppe 20. sept

- Utkast til prosedyrer presentert
- Fremdriftsplan etablert (Vedlegg 1)



Møte i arbeidsgruppe 25. oktober

- Prosedyrer ferdigstilt
- Opplæring av ansatte i gang
- Besluttet oppstart utprøving 1. nov

Møte i arbeidsgruppe 22. november

- Statusrapport laget

Annet arbeid mellom møtene

Det har vært lagt ned et betydelig arbeid mellom møter i arbeidsgruppen.

Pilotkommuner har utarbeidet prosedyre som skal utprøves i kommunene.

STHF har utarbeidet prosedyre som skal utprøves i 2 seksjoner ved STHF.

Ansatte ved poliklinikker og sengeposter har fått opplæring og skal bli opplært og informert

Beskrivelse av Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i Telemark

Dette er en beskrivelse av hvordan arbeidsgruppa har vurdert at pakkeforløpet kan implementeres med bakgrunn i utprøving i pilotperioden.

Pakkeforløpet består av 3 samhandlingspunkter/kartleggingsamtaler med pasienten.

Helsenorge.no:

Du vil få tilbud om samtalene:



I sykehuset etter at du har fått en kreftdiagnose

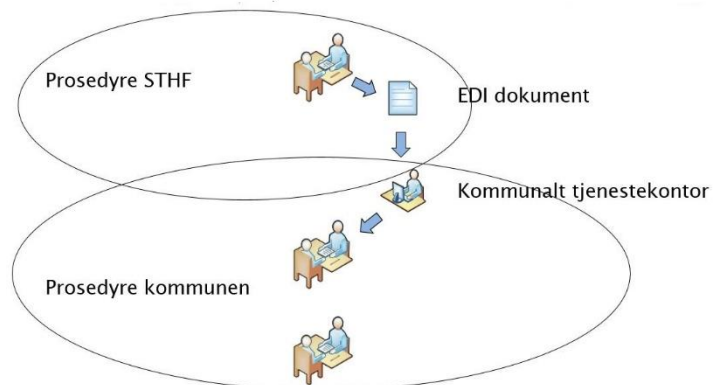


I kommunen ca. 3-4 måneder etter at du fikk kreftdiagnosen



I kommunen ca. 12-18 måneder etter at du fikk kreftdiagnosen

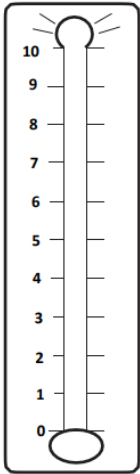
Oversikt Pakkeforløp kreft hjem Telemark:



NCCN termometer for grad av påkjenning er anbefalt kartleggingsverktøy:



NCCN Guidelines Version 2.2017 Distress Management

NCCNS TERMOMETER FOR GRAD AV PÅKJENNING	
Instruksjoner: Sett en ring rundt tallet (0–10) som best beskriver hvor stor grad av påkjenning du har opplevd den siste uka, inkludert i dag.	
Ekstrem påkjenning	
Ingen påkjenning	
LISTE OVER PROBLEMER Angi om noe av det følgende har vært et problem for deg den siste uka, inkludert i dag. Pass på å krysse av JA eller NEI for hvert punkt.	
JA NEI Praktiske problemer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Omsorg for barn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bolig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Økonomi /Forsikring <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jobb/skole/utdanning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beslutninger om behandling Familjære problemer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Forhold til barn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Forhold til partner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mulighet til å få barn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Helseproblemer i familien Emosjonelle problemer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresjon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frykt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervøsitet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nedstemthet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bekymringer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tap av interesse for vanlige aktiviteter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Andelige/religiøse bekymringer</u>	JA NEI Fysiske problemer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utseende <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hygiene/påkledning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pusten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endringer i vannlating <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Forstoppelse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spising <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tretthet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Føle seg oppblåst <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feber <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mobilitet (ta seg frem) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fordøyelse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hukommelse/konsentrasjon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sår i munnen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kvalme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tørr/tett nese <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Smerter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seksualitet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tørr/kløende hud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Søvn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rusmisbruk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prikking i hender/føtter
Andre problemer: _____	

Prosedyrer

Prosedyrer som følges i piloten nå, ligger som vedlegg og gjengis ikke i detalj i rapporten.

Prosedyre STHF:

- Hensikt og omfang
- Målgruppe
- Ansvar og myndighet
- Pakkeforløp hjem
- Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose
- Dokumentasjon av behovskartlegging
- Koding pakkeforløp hjem
- Samtykke fra pasient

Prosedyre pilotkommuner:

- Hensikt / Formål
- Omfang
- Definisjon
- Ansvar og myndighet
- Informasjon på kommunens nettside om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.
- Aktivitet og beskrivelse
- Dokumentasjon
- Hendelsesbehandling / Avvik
- Henvisninger

Digital kommunikasjon og kontaktpunkt

Dokument «pakkeforløp hjem behovskartlegging(edi)» er tilgjengelig i DIPS og skal være standard ved behovskartleggingen ved STHF.

Dokumentet kan sendes til både fastlege og sykepleietjeneste/saksbehandlertjeneste, den som oppretter dokumentet ved å søke opp de kommunale mottakerne.

I piloten er det besluttet at dokumentet sendes til tjenestekontoret i den kommunen pasienten tilhører uavhengig av pasientens øvrige tjenestebehov. Det foretas en individuell vurdering om det skal sendes til fastlege. En slik vurdering gjøres basert på pasientens situasjon og ønsker, sammen med erfaringskompetanse fra sykehuset og relatert til omfang.

Dokumentet sendes som EDI-dokument til tjenestekontoret uavhengig av om pasienten har vært innlagt eller ikke. Det betyr at kommunene må vurdere tjenester fra digital melding også på pasienter det ikke sendes PLO på, men som kun har hatt poliklinisk konsultasjon eller elektiv dagbehandling. Dette er altså et avvik fra delavtale 4.3.1 og vil formaliseres i et vedlegg til delavtalen.

Tjenestekontoret i hjemkommunen til pasienten videreformidler til aktuell tjenesteyter i kommunen. Dette bør være likt for alle kommunene i Telemark, slik at praksis og informasjon til pasient og for helsepersonellet på sykehuset er lik, uavhengig av hjemkommune.

Piloten vurderer det som hensiktsmessig at dette forløpet bygger videre på eksisterende rutiner for kontaktsykepleiere i kommunene, men den aktuelle kommune kan selv velge om det er andre som skal følge opp, for eksempel fastlege.

Informasjon

Det første samhandlingspunktet foregår på sykehuset. Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem, 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.

Informasjonsmateriell som benyttes vil i hovedsak være utarbeidet

Sentralt fra Helsedirektoratet eller Helsenorge.

Informasjon om pakkeforløpet legges på STHF.no

Det anbefales å vise til nettsider for informasjon, men

Ved behov kan informasjonsbrosjyrer printes

og gjøres tilgjengelig

for pasienter og samarbeidspartnere.

Den enkelte kommune legger ut informasjon på sine nettsider.

Helsefelleskapet vil bidra til å spre informasjon om Pakkeforløpet til STHF og kommuner, inkludert fastleger.



Vurderinger og behov for avklaring

Kontaktpunkt ved STHF

Kreftkoordinator er overordnet kontaktpunkt for pakkeforløp hjem og videreformidler kontakt til aktuell forløpskoordinator. Kreftkoordinator skal sikre at rett kontaktinformasjon er tilgjengelig på sykehusets hjemmeside på internett. Skal bidra til at involverte helsepersonell får nødvendig informasjon om pakkeforløpet.

Kontaktinformasjon til kreftkoordinator og forløpskoordinator: [Kreftkoordinatorer og forløpskoordinatorer - Sykehuset Telemark \(sthf.no\)](#)

Pasienter som allerede har forløpskoordinator, forholder seg til denne, også for pakkeforløp kreft hjem. STHF vil vurdere videre i pilotperioden, hvordan de skal sikre kontaktpunkt for pasienter som henvender seg på et senere tidspunkt med ønske om inkludering i pakkeforløpet.

Kontaktpunkt i kommunen

Det er ingen tydelige føringer fra Helsedirektoratet om hvem i kommunen som skal være kontaktpunkt eller ansvarlig for å følge opp pasientens rettighet til samtaler. Pakkeforløpet regnes som en helsetjeneste med journalføringsplikt i tråd med [reglene om helsepersonellets dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#). OUS har valgt en løsning der de gir pasienten selv ansvaret for å «bestille» neste samhandlingspunkt. Ved etablert kreftkontakt i kommunen, kan pasienten velge å benytte denne, Dette er et alternativ til prosedyre som prøves ut i piloten. Arbeidsgruppen vil i endelig rapport vurdere alternativene mot hverandre, med fordeler og ulemper, men gitt dagens utfordring med tilgang på fastlege, fremstår dette som en utfordrende løsning. En risiko kan være at pasienter vil få ulik tilgang på pakkeforløpet avhengig av om de har fastlege og evt hvilken. Arbeidsgruppens foreløpige anbefaling er at kontaktsykepleier i kommunen koordinerer kontakt med fastlege.

Vedtak

Med bakgrunn i [pasient og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd](#) er det ikke plikt til å fatte vedtak. Der vises det til at varighet på tjenesten må være over 14 dager. Med varighet menes da, en viss kontinuitet. Siden dette oppfattes som 2 separate samhandlingspunkter, definerer ikke Helsedirektoratet det som varighet over 14 dager. Det betyr ikke at det ikke kan være hensiktsmessig å fatte vedtak, og i dette tilfellet er det heller ingen individuell vurdering som skal legges til grunn. Vedtakene kan dermed være ferdig utformet og kun tilpasses navn. En del av pasientene vil selvsagt ha behov for andre kommunale tjenester, som det evt kreves vedtak på. Et vedtak vil uansett kunne fungere som en tilbakemelding til pasienten om at kommunen har mottatt melding fra sykehuset og at pasienten vil bli kontaktet for neste samhandlingspunkt, evt annen informasjon.

Bruk av Kartleggingsverktøyet

Piloten legger opp til at alle bruker samme kartleggingsverktøy. [Termometer for grad av påkjenning \(NCCN.org\)](#).

Det fremgår her hva som er [tillatt bruk av skjemaet uten tillatelse, og hva som krever tillatelse \(nccn.org\)](#). Den enkelte virksomhet må selv skaffe tillatelse til å bruke skjemaet, der dette er nødvendig. Se [informasjon og skjema vedrørende online søknad om tillatelse \(nccn.org\)](#).

STHF har vært med i arbeidet med å få på plass et digitalt kartleggingsskjema for spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst som vil bli tilgjengelig for pasienten på helsenorge.no. Skjemaet er tilpasset mulighetene for å lage skjemaer på helsenorge.no og bygger på NCCN skjema. Skjemaet på helsenorge kan ikke kalles NCCN da det bl.a. ikke var mulig å få til et termometer likt det på på papirskjemaet, men det inneholder lignende funksjonalitet

I kontakt mellom kreftpasienter og fastleger/øvrigt kommunale tjenester legges det opp til at papirversjonen av skjemaet brukes.

Opplæring

Det er ikke utarbeidet noen felles opplæringspakke i kartleggingsverktøyet. Med bakgrunn i at hver kommune etablerer lokal prosedyre, er det heller ikke utarbeidet noen implementeringsplan for prosedyrer.

Hva med de som takker nei eller ikke er tilgjengelig?

Pakkeforløpet skal tilbys alle. Vi vil anta at ny diagnostiserte ikke alltid er mottakelig for et slik pakkeforløp i første fase. Det er uavklart hvordan disse skal følges opp.

Pakkeforløpet retter seg mot pasienten. Hva med de som ikke er tilgjengelig med bakgrunn i helse? Skal pårørende i større grad involveres, eller vil disse ekskluderes fra pakkeforløpet og evt hvordan skal det dokumenteres?

De som ombestemmer seg eller skrives ut før kartlegging blir gjort, hvordan følge opp? Poliklinisk konsultasjon for å gjennomføre kartlegging fremstår som ressurskrevende.

Disse spørsmålene vil følges opp videre på nasjonalt nivå og gjennom erfaring i pilotperioden.

Tiltak

Det er viktig at STHF ikke bare kartlegger, men også iverksetter tiltak. Det er vanskelig å forutsi på nåværende tidspunkt omfanget av innholdet i dette. For de pasientene som allerede følges opp gjennom etablerte tjenester, er det ingen ny tilnærming at det også kartlegges og følges opp behov utover de kliniske helsetjenestene.

Dette pakkeforløpet tilbys alle, og det kan medføre en betydelig merbelastning på helsetjenesten, om mange pasienter som normalt ikke ville hatt behov for helsetjenester, nå benytter pakkeforløpet uavhengig av øvrigt behov og [prioritering](#) (4).

Fra legeforeningens høringsvar på pakkeforløpet kan vi lese: «*Et pakkeforløpet hjem for kreft MÅ innrettes slik at pasienten sikres samtale og oppfølging etter behov, og ikke etter en gitt ramme med fastsatte tidspunkt. Det bør starte når det innledende pakkeforløpet slutter, og gjerne inngå som del II av dette, slik at det for pasienten oppleves som ett sammenhengende pakkeforløp.*»

Det er den parten som utfører samhandlingspunktet som er ansvarlig for den individuelle vurderingen og tiltakene gitt. Hvilke tiltak som er aktuelle kartlegges videre i pilotperioden.

Erfaringer så langt

Generell erfaring fra sykehuset er at det har vært få pasienter i de aktuelle kommunene foreløpig, Pasientene blir informert. Flere sier de vil tenke på det å evt. ta kontakt igjen. Det har også vært pasient som takket ja, men ble utskrevet før det var tid til kartlegging.

Det har også vært pasienter det ikke er aktuelt for pga skrøpelig helse og kort forventet levetid.

Referanser

1. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft
[Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter 2022-2023.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
2. Veileder fra Helsedirektoratet for pakkeforløp hjem for pasienter med kreft
[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet](#)
3. NCCN kartlegging
[Termometer for grad av påkjenning - NCCN.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
4. Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering
[Meld. St. 34 \(2015–2016\) \(regjeringen.no\)](#)

Vedlegg

- Fremdriftsplan
- Prosedyre STHF
- Prosedyre Pilotkommuner

Tilbakemeldinger og innspill til rapporten

Tilbakemeldinger, innspill eller spørsmål til rapporten sendes sekretariatet i Helsefelleskapet ved ole.martin.stamland@sthf.no

Endelig rapport fra arbeidsgruppen sendes ut innen 1. januar 2023.

Vedlegg: Fremdriftsplan

Plan for utprøving og innføring av Pakkeforløp hjem med kreft

I møtet i arbeidsgruppen ble det besluttet at det bør lages en fremdriftsplan for det videre arbeidet.

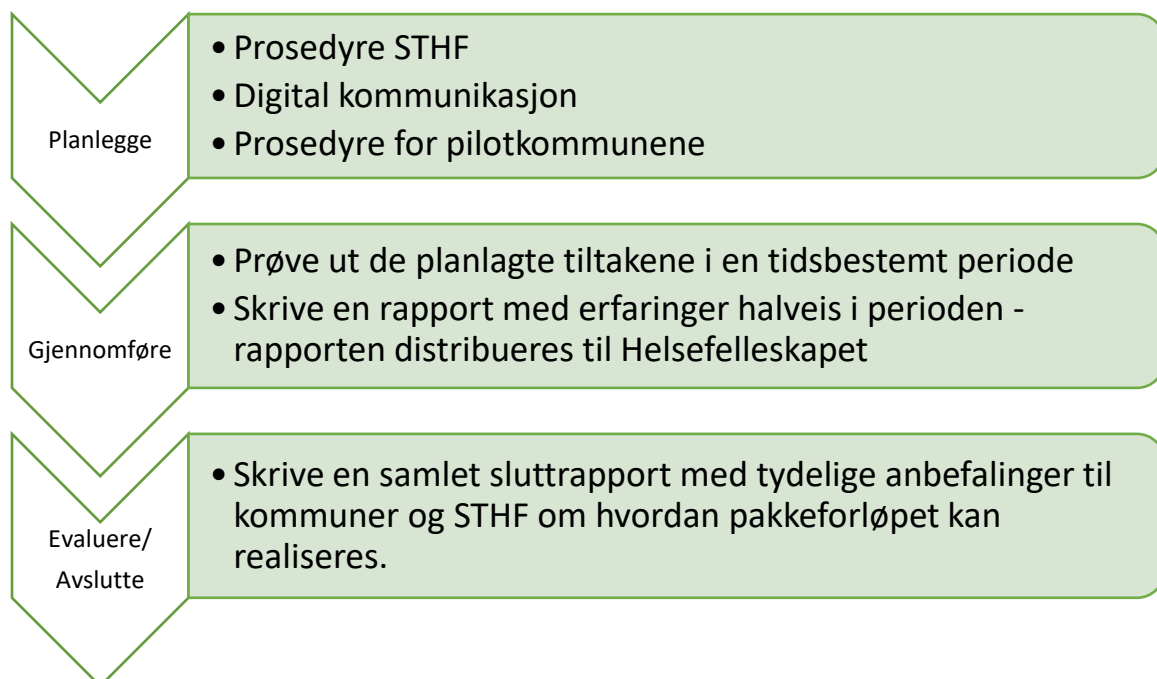


Fremdriftsplan

I arbeidet med innføring av Pakkeforløp hjem med kreft, er det ikke slik at arbeidsgruppen har en idè og et konsept som skal realiseres. Det er allerede gjort og definert i [veileder fra Helsedirektoratet](#).

Mandatet til arbeidsgruppen er å tilrettelegge for at Pakkeforløpet kan iverksettes i Telemark. Arbeidsgruppen har ikke et beslutningsmandat. STHF og den enkelte kommune må på selvstendig grunnlag realisere pakkeforløpet, men arbeidsgruppen tilrettelegger for at dette kan gjøres effektivt ved å prøve ut en rutine for gjennomføring. Sluttproduktet vil være en anbefaling og prosedyre som kan effektueres på STHF og den enkelte kommune i tråd med forventningene fra Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppen har et mandat til å jobbe i følgende faser:



Innhold og plan for de ulike fasene

Planlegge

Planlegge

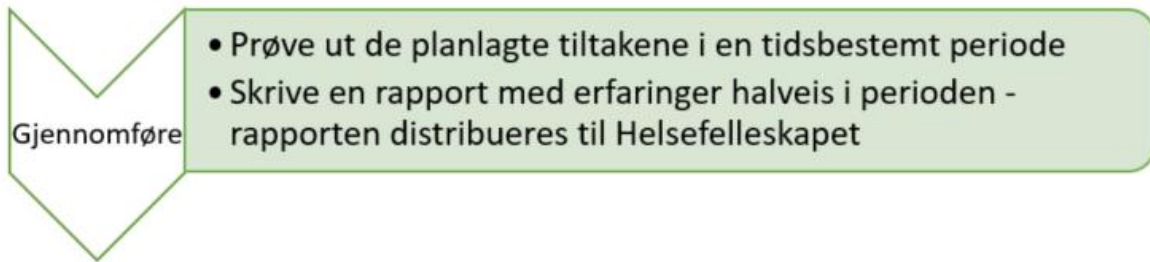
- Prosedyre STHF
- Digital kommunikasjon
- Prosedyre for pilotkommunene

Tiltak	Hvordan	Ansvar	Når
Prosedyre STHF	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsgruppe internt på STHF • Utarbeider forslag til prosedyre • Prosedyre presenteres for overordnet arbeidsgruppe (gjort) • Prosedyre ferdigstilles • Prosedyren gjøres kjent for de seksjoner som skal involveres 	Nina Odberg leder intern arbeidsgruppe	21. oktober
Digital kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Det er behov for avklaring av meldingstype og mottaker av digital melding fra STHF til kommune. Det skal defineres en egen meldingstype og ikke alle pasienter som inkluderes i pakkeforløpet har vært innlagt. • Utarbeidet et vedlegg til delavtale 4.3.1. Innleggelse og utskrivningsklare pasienter, som beskriver og forplikter ansvar for meldingsflyt i pakkeforløpet 	Nettverk for digital samhandling definerer løsning Samhandlingskoordinator lager utkast til vedlegg.	21. oktober
Prosedyre pilotkommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsgruppe for pilotkommunene; Skien og Kviteseid • Utarbeider forslag til prosedyre • Prosedyre presenteres for overordnet arbeidsgruppe (gjort) • Prosedyre ferdigstilles • Prosedyren gjøres kjent for de enheter som skal involveres 	Sigrid Skarholt leder arbeidsgruppe for pilotkommunene	21. oktober

Møte i overordnet arbeidsgruppe 25. oktober kl 13-15

Agenda: Oppsummering og erfaring fra fasen

Gjennomføre



Tiltak	Hvordan	Ansvar	Når
Prøve ut de planlagte tiltakene	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyren STHF iverksettes 	Avdelingsleder STHF	1. november
	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre for pilotkommuner iverksettes 	Ansvarlig leder i den enkelte kommune	1. november
Rapportere	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandlingskoordinator lager utkast til rapport som legges frem i møtet 22. nov. • Rapporten sendes til Helsefelleskapet etter ferdigstilling – rapporten danner også grunnlaget for endelig rapport. 	Samhandlingskoordinator	22. november

Møte i overordnet arbeidsgruppe 22. november kl 13-15

Agenda: Oppsummering og erfaring fra fasen, samt plan for ferdigstilling av rapport.

Evaluere/Avslutte

 Evaluere/
Avslutte

- Skrive en samlet sluttrapport med tydelige anbefalinger til kommuner og STHF om hvordan pakkeforløpet kan realiseres.

Tiltak	Hvordan	Ansvar	Når
Sluttrapport	Samhandlingskoordinator ferdigstiller endelig sluttrapport som vedtas i siste møte i overordnet arbeidsgruppe	Samhandlingskoordinator	20. desember

Møte i overordnet arbeidsgruppe 20. desember kl 13-15

Agenda: Ferdigstille sluttrapport

Veien videre

Utprøving av en sammenhengende modell for pakkeforløpet er prøvd ut ved utvalgte avdelinger ved STHF og i 2 pilotkommuner.



Prosedyren ved STHF for pakkeforløp hjem med kreft kan besluttes av STHF å skulle gjelde for flere avdelinger.

Overordnet arbeidsgruppe avleverer sluttrapport med klare anbefalinger for hvordan de enkelte kommuner kan realisere og ivareta sitt ansvar for Pakkeforløp hjem med kreft.

Informasjon til pasienter og samarbeidspartnere

Informasjon om pakkeforløpet legges på STHF.no

Informasjonsbrosjyrer printes og gjøres tilgjengelig for pasienter og samarbeidspartnere.

Den enkelte kommune legger ut informasjon på sine nettsider.



Vedlegg: Prosedyre STHF

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

HENSIKT OG OMFANG

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. Det skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring.

Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem, 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.

MÅLGRUPPE

Helsepersonell som har en rolle i utredning, diagnostikk og behandling av pasienter med kreft.

ANSVAR OG MYNDIGHET

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å identifisere pasient etter en kreftdiagnose eller et residiv og starte pakkeforløpet.

- Klinikksjef: Ansvarlig for nødvendige rammevilkår i egen klinikk for å sikre at ansatte kan gi tilbud om forsvarlig pakkeforløp hjem.
- Avdelingsleder: Ansvarlig for å sikre nødvendig fullmakter og myndighet til at utøvende personell kan utøve sin funksjon og oppgave.
- Seksjonsleder: Ansvarlig for å legge arbeidsforholdene til rette, og sikre kompetanse, slik at utøvende personell kan utøve sin funksjon og oppgave.
- Kreftkoordinator: Overordnet kontaktpunkt for pakkeforløp hjem og videreformidle kontakt til aktuell forløpskoordinator. Skal sikre at rett kontaktinformasjon er tilgjengelig på sykehusets hjemmeside på internett. Skal bidra til at involverte helsepersonell får nødvendig informasjon om pakkeforløpet.
- Forløpskoordinator: Opplæringsansvar for å sikre kompetanse hos utøvende sykepleiere innen sitt Pakkeforløp. Der det er hensiktsmessig samarbeid/delegeres dette til fagutviklingssykepleier. Sikre at seksjonen/enheten har rutiner som ivaretar pakkeforløp hjem. Der det er hensiktsmessig foretar forløpskoordinator kartleggingen.
- Fagutviklingssykepleier: Opplæringsansvar pakkeforløp hjem i samarbeid med forløpskoordinator. Sikre at seksjonen/enheten har rutiner som ivaretar pakkeforløp hjem.

- Pasientansvarlig sykepleier:

På sengepost skal sykepleier ved utskrivelse sørge for at pasient er informert og forespurt om å inkluderes i pakkeforløp hjem. Kartleggingen utføres hvis pasienten samtykker.

På poliklinikk utføres dette ved en konsultasjon fortrinnsvis ved diagnosetidspunkt. Mange pasienter vil ikke kunne ta stilling til dette på diagnosetidspunkt, skriftlig informasjon bør deles ut og man må være åpen for å gjenta tilbudet på et senere tidspunkt.

- Pasientansvarlig lege: Skal sørge for at forløpskoordinator får informasjon om aktuell pasient der det ikke er etablert kontakt med forløpskoordinator/pasientansvarlig sykepleier.

Pakkeforløp hjem

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

Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten 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. Det medisinskfaglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft beskrives ikke.

Aktuelle pasienter får tildelt brosjyren pakkforløp hjem utarbeidet av Helsedirektoratet. Pasientene som samtykker får tildelt NCCN guidelines papirskjema der de krysser av/fyller ut det som er relevant for den enkelte. Dette danner utgangspunktet for kartleggings samtale med sykepleier. Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, der resultat og avklaring av forventninger dokumenteres. Tiltak som iverksettes og ansvar skal fremkomme i dokumentet.

Dokumentasjon av behovskartlegging

Dokument «pakkeforløp hjem behovskartlegging(edi)» er tilgjengelig i DIPS og skal være standard ved behovskartleggingen. Dokumentet ligger i en journalgruppe kalt ST SO

Tverrfaglig journal og dette er en journalgruppe med både skrive- og lesetilgang på tvers av faggrupper. Det betyr at lege, sykepleier, helsefagarbeider kan opprette dette dokumentet på pasienten.

Dokumentet inneholder hjelpetekster, denne teksten er satt i kursiv som en indikator på at denne teksten skal være et hjelpemiddel og fjernes før dokumentet godkjennes og sendes.

Dokumentet kan sendes til både fastlege og sykepleietjeneste/saksbehandlertjeneste, den som oppretter dokumentet på søke opp de kommunale mottakerne. Skal sendes til tjenestekontoret i den kommunen pasienten tilhører. Det foretas en individuell vurdering om det skal sendes til fastlege.

NCCN skjema makuleres etter kartleggings samtalen

Koding pakkeforløp hjem

Det er opprettet to lokale koder i DIPS, en for pakkeforløp hjem takket JA og en for pakkeforløp takket NEI. Dette registreres under medisinsk registrering som en tjenestekode. Men koden er knyttet til kontakten den registreres på. Disse kodene kan man ta ut rapport på for å få oversikt over antall pasienter om det er nødvendig.

Hver enkelt seksjon må sikre gode rutiner for registreringen

Samtykke fra pasient

Pasient må informeres og forespørres om inklusjon i pakkeforløp hjem. Inklusjon innebærer at kartleggingen av behov meldes til bostedskommune. Avdekkes behov hvor tiltak bør iverksettes på sykehus henvises pasient til aktuelt fag. Kommunen overtar så ansvar for videre oppfølging av aktuelle behov og videre kartlegging.

Pasienten informeres om at de selv kan be om å innlemmes i pakkeforløp hjem på et senere tidspunkt hvis behov endrer seg. Pasient tilbys informasjonsbrosjyren fra Helsedirektoratet og informeres om at både kommuner og sykehus har informasjon på sine nettsider.

Ferdigbehandlede pasienter uten forventa behov for kontakt med helsetjenesten skal også få informasjonsbrosjyre om pakkeforløp hjem. Og har mulighet for å ta kontakt hvis ønske/behov for kartlegging endrer seg.

REFERANSE

[Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter 2022-2023.pdf](#)
([helsedirektoratet.no](#))

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

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

[Samarbeidsavtale \(sthf.no\)](#) Samarbeidsavtale for nettverk av kontaktsykepleiere

Vedlegg

Navn

[Vedlegg pakkeforløp helt hjem med hjelpetekster.docx](#)

Vedlegg prosedyre pilotkommuner

FORSLAG til rutine for kommunene oppdatert 24.10.22

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Hensikt / Formål

Pakkeforløp hjem er et tilbud til pasienter som får en kreftdiagnose, og pasienter som får tilbakefall/residiv. Pakkeforløpet omfatter også barn.

Pakkeforløp hjem 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. Det skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring. Behovskartlegging skal bidra til at pasientens 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.

Omfang

Tjenestekontor og helsepersonell i utførerledd (kreftkoordinator, kreftsykepleier og kontaktsykepleier) som har ansvar for oppfølging av kreftpasienter i kommunene.

Definisjon

[NCCN- kartleggingsskjema](#): Screening for rask og tydelig identifisering av områder som representerer behov.

Ansvar og myndighet

Tjenestekontor: Kontaktpunkt i kommunen for «Pakkeforløp hjem». Alle henvendelser om pakkeforløp hjem fra sykehus, pasienter eller fastleger ivaretas av tjenestekontoret. Tjenestekontoret sørger for at melding fra sykehuset om gjennomført kartlegging og behov for oppfølging gis til rett mottaker i utførerleddet.

Kommunen (kommunikasjonsavdeling / web-ansvarlig): har ansvar for at informasjon om pakkeforløp hjem for kreftpasienter og kommunens tilbud til kreftpasienter publiseres på kommunens nettside.

Arbeidsgiver/leder: Ansvar for å gi sykepleier med ansvar for pakkeforløp hjem tid og ressurser til å utøve sin funksjon i henhold til [del-avtalen for nettverket](#).

Kreftkoordinator, kreftsykepleier og kontaktsykepleier: Ansvar for å gjennomføre behovskartlegging etter 3-4 mnd og 12-18 mnd, samt følge opp eventuelle behov og tiltak

knytta til kartleggingen. Videreformidle informasjon om kartleggingen til fastlegen. Påse at det finnes oppdatert informasjon om pakkeforløp hjem på kommunen sin hjemmeside.

Informasjon på kommunens nettside om Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Informasjon om Pakkeforløp hjem med lenke til [Helsenorge](https://www.helsenorge.no)¹ gjøres tilgjengelig på kommunens nettside sammen med informasjon om kontaktpunkt for henvendelser om pakkeforløp hjem. Pasienter som tidligere ikke har fått gjennomført kartleggingsamtale kan selv kontakte tjenestekontoret og be om slik samtale.

På samme side legges også ut informasjon om kreftkoordinator / kontaktsykepleier i kommunen, sammen med opplysning om hvordan publikum kan ta kontakt.

Aktivitet og beskrivelse

Pakkeforløp består av 3 tidsavgrensede samhandlingspunkter. Samhandlingspunktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og eventuelt pårørende), inkludert behovskartlegging.

- Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en diagnose
- **Behovskartlegging i kommunen ca. 3-4 måneder etter en kreftdiagnose**
- **Behovskartlegging i kommunen ca. 12-18 måneder etter en kreftdiagnose**

Kreftkoordinator/kreftsykepleier/kontaktsykepleier tar kontakt med pasienten etter ca 3 mnd og 12-18 mnd for å avtale tid for hjemmebesøk. Send ut NCCN- skjema i forkant av hjemmebesøket, eventuelt kan pasienten laste ned skjemaet fra Helsenorge. Avtaler om hjemmebesøk journalføres, og settes inn i system som sikrer gjennomføring og fanges opp også ved eventuelt fravær av kontaktsykepleier².

Hjemmebesøk etter avtale, med samtale og behovskartlegging på bakgrunn av NCCN- skjema. Resultat og evt tiltak etter kartlegging dokumenteres i journal. Send kopi av notat og evt forespørsel til fastlege. Be pas oppsøke fastlege om nødvendig.

Dokumentasjon

¹<https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-hjem-for-kreft/>

²Enhetene må ha rutiner som sikrer at PLO «pakkeforløp hjem» blir fulgt opp ved fravær av aktuell kontaktperson.

Relevant og nødvendig informasjon om behovskartlegging og resultatet av denne skal dokumenteres i pasientens journal og formidles til aktører som skal følge opp pasienten videre. Send PLO til fastlege i etterkant av behovskartleggingen. Viktig å presisere at det er oppfølging i pakkeforløp hjem. Oppgaver fastlegen skal følge opp må komme tydelig frem i notat med overskrift: Oppfølging - Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Hendelsesbehandling / Avvik

Avvik fra oppfølging av retningslinjen i kommunen meldes i kommunens avvikssystem.

Avvik knyttet til sykehusets oppfølging av pakkeforløpet meldes via avviksskjema på STHF nettside.

Henvisninger

[Nasjonal veileder: Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft](#)