

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Samhandlingspunkt 1-5

Samhandlingspunkt 1:

Klinisk beslutning og oppstart behovskartlegging

Ved dette samhandlingspunktet er det sentrale oppstart av en **behovskartlegging** som skal kunne brukes gjennom hele pasientens forløp, og justeres ved behov. På den måten vil pasientens livssituasjon og behov kunne fanges opp og tas hensyn til i den videre behandling og oppfølging. Behovskartleggingen bør gjøres i forbindelse med at det tas en klinisk beslutning om videre behandling og oppfølging.

Aktiviteter

- Samtale med pasienten om behov utover den medisinske situasjonen og oppfølgingen av denne. Det er viktig at samtalen tar hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunkt, og mulighetene for å starte og gjennomføre en god behovsvurdering
- Lege/sykepleier/annet helsepersonell bør i samtale med pasienten gjøre en behovskartlegging. Sjekkliste/kartleggingsverktøy bør benyttes som grunnlag for dialogen
- Behov som fremkommer bør dokumenteres
- Pasient og pårørende får informasjon om hvem de kan kontakte i sykehuset/poliklinikk, og informasjon om kontaktpunkt i kommunen.
- Etter gjennomført samtale sendes det ved behov **melding** til pasientens fastlege/henviser og/eller forvaltningsenhet/tildelingsenhet i pasientens bostedskommune, samt ev. andre instanser/tjenester/aktører

Hvem er ansvarlig ved dette samhandlingspunktet?

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å planlegge og gjennomføre samtale med pasient og ev. pårørende om diagnose og medisinskfaglig oppfølging. Behovskartleggingen kan ivaretas av lege eller annet helsepersonell.

Behandlende avdeling (Lege/Sykepleier/Forløpskoordinator) skal ved behov sikre samhandling med fastlege/henviser og forvaltningsenhet/tildelingsenhet i pasientens bostedskommune.

Fastlegen har oversikt over annen/parallell behandling pasienten mottar, inkludert oppfølging av legemidler/legemiddelliste (LiB). Fastlegen har også et ansvar for å kontakte og samarbeide med forvaltningsenheten/tildelingsenheten, og andre aktuelle tjenester i pasientens bostedskommune, når pasienten ikke er under behandling i spesialisthelsetjenesten.

Forvaltningsenheten/tildelingsenheten i kommunen har ansvaret for å utrede og tildele tjenester, jf. lov og forskrift.

Koordinerende enhet i spesialist- og kommunehelsetjenesten har ansvar for å ha oversikt over pasienter/brukere som har behov for rehabilitering og koordinering /IP/oppfølgingsteam o.l., jf. lov og forskrift. Koordinerende enhet har også ansvar for at koordinator oppnevnes/at oppfølgingsteam blir etablert.

I kommuner med egen **kreftkoordinator**, kan disse ha en koordinerende rolle når det gjelder tjenester og tiltak i kommunen, og de kan - etter samtykke fra pasienten - ha kontakt med fastlege, foreløpskoordinator og aktuelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Målepunkt

Kode: Pakkeforløp start

*Prosedyrekode - **WMFG10 benyttes** 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. ¹ [IS-regelverk, jf. punkt 6.24](#)

Prosedyrekoden skal benyttes både for pasienter som er i et pakkeforløp for kreft og de som ikke er i et kreftpakkeforløp.

Lenker

- Sjekkliste
- Kartleggingsverktøy (NCCN – Distress Thermometer)

¹ Den beskrivende teksten til denne prosedyrekoden kan eventuelt bli bedre tilpasset pakkeforløp hjem og gjennomført behovskartlegging ved neste revisjon av NCMP-kodeverket.

Samhandlingspunkt 2

Primær kreftbehandling igangsatt

Pasienten vil ved dette samhandlingspunktet være i gang med sin primære/innledende kreftbehandling, enten den har kurativ eller palliativ intensjon, og det har blitt foretatt en **behovskartlegging** ved tidligere samhandlingspunkt. Ved behov er det også iverksatt samhandling med pasientens bostedskommune. Behovskartleggingen bør ved dette samhandlingspunktet gjennomgås på nytt for å avdekke eventuelle endringer i behov.

Aktiviteter

- Lege/sykepleier/annet helsepersonell bør gjennomgå behovskartleggingen på nytt med pasienten og ev. pårørende, for å avdekke endringer i behov for tjenester og videre oppfølging (jf. samhandlingspunkt 1, "Klinisk beslutning og oppstart behovskartlegging")
- Etter gjennomført samtale, sendes en **melding** til pasientens fastlege/henviser, inkludert resultatet av behovskartleggingen
- Ved behov sendes også **melding** til forvaltningsenhet/tildelingsenhet i pasientens bostedskommune, eller andre tjenester/aktører
- Pasient og pårørende får kontaktinformasjon til sykehuset/poliklinikk, kommunen og ev. andre tjenester
- Pasienten bør bestille time hos fastlegen for neste samhandlingspunkt. For pasienter som trenger bistand til dette, vil sykehuset ha ansvar for å bestille time på vegne av pasienten

Hvem er ansvarlig ved dette samhandlingspunktet?

Lege/sykepleier i spesialisthelsetjenesten har ansvar for samtalen med pasient og ev. pårørende der behovskartleggingen bør gjennomgås. Ved oversendelse av epikrise/polikliniske notat (**melding**) til pasientens fastlege/henviser, skal også resultatet av behovskartleggingen videreformidles.

Behandlende avdeling (Lege/Sykepleier/Forløpskoordinator) skal ved behov sikre samhandling med forvaltningsenhet/tildelingsenheten i pasientens bostedskommune. Det bør tydelig fremgå i sykehusets rutinebeskrivelser hvilken enhet i kommunen som skal kontaktes/motta meldinger. Det bør også bestilles time hos pasientens fastlege før overføring, dersom pasienten selv ikke er i stand til dette. (jf. Samhandlingspunkt 3 "*Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling*"). Det bør også dokumenteres at dette er ivaretatt.

Fastlegen vil noen ganger ha ansvar for støttebehandling underveis i kreftbehandlingen. Fastlegen har også oversikt over annen/parallel behandling pasienten mottar, inkludert oppfølging av legemidler/legemiddelliste (LiB). Fastlegen ivaretar også ved behov kontakt/kommunikasjon med forvaltningsenheten/tildelingsenheten i pasientenes bostedskommune når pasienten ikke er under behandling i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen kan også formidle kontaktinformasjon til andre tjenester og aktører tilknyttet pasientens behov for oppfølging.

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen har ansvaret for å utrede og tildele tjenester, jf. lov og forskrift. I kommuner med egen **kreftkoordinator**, kan det besluttes at disse skal ha en koordinerende rolle når det gjelder tjenester og tiltak fra kommunen til kreftpasientene, og at de ved behov – og etter samtykke fra pasienten - kan ha kontakt med foreløpskoordinator/aktuelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Koordinerende enhet i spesialist- og kommunehelsetjenesten har ansvar for å ha oversikt over pasienter/brukere som har behov for rehabilitering og koordinering /IP/oppfølgingsteam, jf. lov og forskrift. Koordinerende enhet har også ansvar for at koordinator oppnevnes/at oppfølgingsteam blir etablert.

Målepunkt

*Prosedyrekode - **WMFG10 benyttes** 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. ² [IS-regelverk, jf. punkt 6.24](#)

Prosedyrekoden skal benyttes både for pasienter som er i et pakkeforløp for kreft og de som ikke er i et kreftpakkeforløp.

Lenker

- Sjekkliste
- NCCN – Distress Thermometer

² Den beskrivende teksten til denne prosedyrekoden kan eventuelt bli bedre tilpasset pakkeforløp hjem og gjennomført behovskartlegging ved neste revisjon av NCMP-kodeverket.

Samhandlingspunkt 3

Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling

Pasienten er ved dette samhandlingspunktet helt eller delvis overført til kommunal helse- og omsorgstjeneste for videre behandling og oppfølging etter oppstart av primær kreftbehandling. Mange pasienter vil ved dette samhandlingspunktet fortsatt ha kontroller/behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Psykososial oppfølging bør ha spesielt fokus i **behovskartleggingen** ved dette samhandlingspunktet.

Aktiviteter

- Pasienten møter til avtalt time hos fastlegen, eventuelt hos annet kontaktpunkt for helse- og omsorgstjenester i kommunen – jf. Samhandlingspunkt 2 "Primær kreftbehandling igangsatt" – og gjennomgår bl.a. plan for videre behandling og oppfølging.
- Fastlege eller annen relevant kontaktperson i kommunen, f.eks. kreftkoordinator med oppfølgingsansvar for pasienten, bør gjennomgå og oppdatere avdekkede behov og tiltak (jf. tidligere behovskartlegginger), og vurdere eventuelle nyoppståtte behov for tjenester/kontakter

I tillegg vil noen pasienter ha kontakt med andre aktører i kommunen for koordinerende tiltak og tjenester pasienten har behov for.

Hvem er ansvarlig ved dette samhandlingspunktet?

Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret, oversikt over annen/parallell behandling ut over kreftbehandlingen, inkludert oppfølging av legemidler/legemiddelliste (LiB) og henvisning til spesialist og utredning ved nyoppståtte plager eller problemer. Fastlegen ivaretar også ved behov kontakt/kommunikasjon med forvaltningsenhet/tildelingsenhet/koordinerende enhet i pasientens bostedskommune.

Fastlege eller pasientens utpekte **kontaktperson/kreftkoordinator** med oppfølgingsansvar for pasienten - skal ivareta kontakt og samhandling med andre kommunale tjenester i overensstemmelse med avdekkede behov, for å sikre at nødvendige tiltak blir fulgt opp og koordinert.

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen har ansvar for å utrede og tildele tjenester, jf. lov og forskrift. I de kommunene som har egen **kreftkoordinator**, kan det besluttes at disse skal ha en koordinerende rolle når det gjelder tjenester fra kommunen til kreftpasientene, og at de ved behov – og pasientens samtykke - kan ha kontakt med foreløpskoordinator/aktuelle avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Koordinerende enhet i kommunen har ansvar for å ha oversikt over pasienter/brukere som har behov for rehabilitering og/eller koordinering /IP/oppfølgingsteam, jf. lov og forskrift.

Målepunkt

Ikke målepunkt

Lenker

- Sjekkliste
- NCCN – Distress Thermometer

Samhandlingspunkt 4

Avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov

Samhandlingspunkt 4 gjennomføres om lag 3 måneder etter samhandlingspunkt 3, Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling. Tidsrommet vil være avhengig av når samhandlingspunkt 2, Primær kreftbehandling igangsatt blir gjennomført.

Pasienten har ved dette samhandlingspunktet levd med sin kreftdiagnose en stund, og har gjennomgått - eller mottar fortsatt - kreftbehandling. Pasienten (og pårørende) kan ha fått endret sin livssituasjon, og behov som er avdekket tidligere i forløpet skal følges opp så langt det er mulig, og eventuelle nye behov som kan ha oppstått bør avdekkes og følges opp. Pasient (og ev. pårørende) tilbys konsultasjon hos fastlege/kontaktperson i kommunen innen ca. 3 måneder etter forrige samhandlingspunkt, eller etter nærmere avtale med pasienten. Psykososial oppfølging bør ha et spesielt fokus ved denne behovskartleggingen.

Aktiviteter

- Fastlege eller avtalt kontaktperson/koordinator i kommunen med oppfølgingsansvar for pasienten, gjennomgår og oppdaterer avdekkede behov og tiltak, og vurderer eventuelle nyoppståtte behov for tjenester og tiltak, i samarbeid med pasient/pårørende. De skal også ivareta kontakt og samhandling med andre kommunale tjenester/aktører i overensstemmelse med avdekkede behov.
- Pasienter som har vedtak om tjenester, eller har koordinator/IP/oppfølgingsteam, følges opp i henhold til vedtak/avtale

I tillegg vil noen pasienter ha kontakt med andre aktører i kommunen for koordinerende tiltak og tjenester pasienten har behov for.

Hvem er ansvarlig ved dette samhandlingspunktet?

Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret, inkl. oversikt over annen/parallell behandling utover kreftbehandlingen, inkludert oppfølging av legemidler/legemiddelliste (LiB). Fastlegene er også ansvarlig for å henvise til spesialist og utredning ved nyoppståtte plager eller problemer.

Fastlege, eller pasientens utpekte **kontaktperson/kreftkoordinator** med oppfølgingsansvar for pasienten, skal ivareta kontakt og samhandling med andre kommunale tjenester i overensstemmelse med avdekkede behov, for å sikre at nødvendige tiltak blir fulgt opp.

Kommunens forvaltningsenhet/tildelingsenhet har ansvar for utredning av behov og at pasienter med behov for tjenester, herunder rehabilitering, får vedtak om dette og blir fulgt opp.

Koordinerende enhet har ansvar for å ha oversikt over pasienter/brukere som har behov for rehabilitering og/eller koordinering /IP/oppfølgingsteam, jf. lov og forskrift. Koordinerende enhet har også ansvar for at koordinator oppnevnes/at oppfølgingsteam blir etablert.

Målepunkt

Ikke målepunkt

Lenker

- Sjekkliste
- NCCN – Distress Thermometer

Samhandlingspunkt 5

Avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov

Samhandlingspunkt 5 gjennomføres om lag 1 år etter samhandlingspunkt 3, Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling.

Pasienten har ved dette samhandlingspunktet levd med sin kreftdiagnose i om lag 1 år, og har gjennomgått - eller mottar fortsatt - kreftbehandling. Pasient (og ev. pårørende) tilbys på nytt konsultasjon hos fastlege/kontaktperson i kommunen. Pasienten (og pårørende) kan ha fått endret sin livssituasjon, og behov som er avdekket tidligere i forløpet skal følges opp så langt det er mulig, og eventuelle nye behov som kan ha oppstått bør avdekkes og følges opp.

Aktiviteter

- Fastlege eller avtalt kontaktperson/koordinator i kommunen med oppfølgingsansvar for pasienten, gjennomgår og oppdaterer avdekkede behov og tiltak, og vurderer eventuelle nyoppståtte behov for tjenester og tiltak, i samarbeid med pasient/pårørende. De skal også ivareta kontakt og samhandling med andre kommunale tjenester/aktører i overensstemmelse med avdekkede behov.
- Pasienter som har vedtak om tjenester, eller har koordinator/IP/oppfølgingsteam, følges opp i henhold til vedtak/avtale

I tillegg vil noen pasienter ha kontakt med andre aktører i kommunen for koordinerende tiltak og tjenester pasienten har behov for.

Hvem er ansvarlig ved dette samhandlingspunktet?

Fastlegen har medisinskfaglige ansvar, inkl. oversikt over annen/parallelle behandling utover kreftbehandling, inkludert oppfølging av legemidler/legemiddelliste (LiB). Fastlegene er også ansvarlig for å henvise til spesialist og utredning ved nyoppståtte plager eller problemer.

Fastlege eller pasientens utpekte **kontaktperson/kreftkoordinator** med oppfølgingsansvar for pasienten, skal ivareta kontakt og samhandling med andre kommunale tjenester i overensstemmelse med avdekkede behov, for å sikre at nødvendige tiltak blir fulgt opp.

Kommunens forvaltningsenhet/tildelingsenhet har ansvar for utredning av behov og at pasienter med behov for tjenester, herunder rehabilitering, får vedtak om dette og blir fulgt opp.

Koordinerende enhet har ansvar for å ha oversikt over pasienter/brukere som har behov for rehabilitering og/eller koordinering /IP/oppfølgingsteam, jf. lov og forskrift. Koordinerende enhet har også ansvar for at koordinator oppnevnes/at oppfølgingsteam blir etablert.

Målepunkt

Ikke målepunkt

Lenker

- Sjekkliste
- NCCN – Distress Thermometer

Oppfølging etter samhandlingspunkt 5

I pakkeforløp hjem for kreftpasienter er siste samhandlingspunkt ved behovskartleggingen som skjer ca. 1 år etter samhandlingspunkt 3 "*Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling*", men pasienten følges opp videre hos fastlege, sykehus og/eller andre relevante tjenester i kommunen etter behov og gjeldende retningslinjer.