

Forløpsbeskrivelse for Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i Helse Bergens foretaksområde

Bakgrunn og formål

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft¹ er et nasjonalt pakkeforløp, som er utarbeidet i regi av Helsedirektoratet. På bakgrunn av lokalt arbeid er denne forløpsbeskrivelsen og tilhørende flytskjema utarbeidet for forløpet, som er felles for kommuner og sykehus i Helse Bergens foretaksområde. Kommunene og sykehusene er selv ansvarlig for at Pakkeforløp hjem innføres og tilpasses lokale forhold i egen organisasjon.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som har fått påvist kreftsykdom eller har fått tilbakefall.

Pakkeforløp hjem utløses for pasienter som får en kreftdiagnose, og skjer i tillegg til de diagnose-spesifikke pakkeforløpene for kreft. Pakkeforløp hjem inneholder tre samtaler hvor pasientens livssituasjon og behov for oppfølging blir kartlagt. Den første samtalen skjer i spesialisthelsetjenesten og de to neste i kommunehelsetjenesten.

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.

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 kartleggingssamtale 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 1²),

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

² [Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - pasientbrosjyre.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

samt mulighet til å fylle ut kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2³). Det bør legges opp til at pasientens pårørende kan delta i samtalen.

For pasienter som eventuelt ikke ønsker å få en samtale med behovskartlegging på sykehuset og inngå i pakkeforløp hjem, bør det avklares hvorvidt de ønsker å få tilbud om en kartleggingssamtale i kommunen på et senere tidspunkt. Pasientens valg dokumenteres i oppsummeringsnotatet «Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft» jamfør punkt 5.

2. Fyll ut skjema

Pasienten forbereder seg til kartleggingssamtale ved å fylle ut kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2³). 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. Gjennomfør samtale nr. 1

Kartleggingssamtale nr. 1 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 2³).

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.

NB! Dersom pasienten er inneliggende og allerede har kommunale helse- og omsorgstjenester eller det vurderes at det er behov for dette etter utskrivelse, skal dette meldes til kommunen ved hjelp av PLO-

³ Link til Helse Bergens hjemmesider.....

dialog på vanlig måte.

5. Send notat(er)

Oppsummering av kartleggingssamtalen skrives i eget forhåndsdefinert notat i DIPS med tittelen «Pakkeforløp hjem – Behovskartlegging 1 (elektronisk)» og sendes til saksbehandlertjenesten 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 dokumenteres og sendes i samme type oppsummeringsnotat som de som har gjennomført kartleggingssamtale 1.

For pasienter som ikke ønsker å inngå i pakkeforløp hjem hverken i spesialist- eller kommunehelsetjenesten, skal det ikke sendes noe oppsummeringsnotat.

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 (samtale nr. 2).
- b) hva pasienten evt. har av påkjenninger
- c) hvilke behov pasienten evt. har, og hva pasienten evt. allerede er henvist til av oppfølgingstilbud i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det bør også fremgå om pasienten evt. har behov for tolk.

NB! Dersom pasienten er inneliggende og allerede har kommunale helse- og omsorgstjenester eller det vurderes at det er behov for dette etter utskrivelse, skal dette meldes til kommunen ved hjelp av PLO-dialog på vanlig måte.

6. Ta imot notat(er)

Saksbehandlertjenesten 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. Det samme gjelder ift. andre PLO-meldinger jamfør punkt 4 og 5.

7. Følg opp evt. behov

Ansvarlig enhet/person i kommunen tar kontakt med pasienten for å følge opp behovene, som enten er framkommet i ordinære PLO-meldinger eller oppsummeringsnotatet etter kartleggingssamtalen jamfør punkt 4 og 5. 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, eller gitt tilslutning til at kartleggingssamtale 2 kan være aktuelt, bør det tilstrebes tidligkontakt 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 2³) ut til pasienten.

³ Link til Helse Bergens hjemmesider.....

9. Fyll ut skjema

Pasienten forbereder seg til kartleggingssamtale ved å fylle ut det samme kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2³), som ble benyttet i kartleggingssamtale 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. Gjennomfør samtale nr. 2

Kartleggingssamtale i kommunen gjennomføres for de pasientene som ønsker dette 3-4 måneder etter start pakkeforløp hjem. Det tilstrebes kommunikasjon med pasient i forkant for å avdekke individuelle behov i forbindelse med samtalen. 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.

Samtalen gjennomføres med utgangspunkt i kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2³).

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 direkte kontakt med pasienten for å følge opp behovene som eventuelt er framkommet i kartleggingssamtalen.

12. Kontakt pasient

Kommunen tar kontakt med pasienten for å avtale ny kartleggingssamtale etter 12-18 måneder. I forkant av samtalen sendes kartleggingsskjemaet NCCN «Termometer for grad av påkjenning» (vedlegg 2³) ut til pasienten.

13. Fyll ut skjema

Aktiviteten er lik aktivitet nr. 9.

14. Gjennomfør samtale nr. 3

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

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

³ Link til Helse Bergens hjemmesider.....

15. Følg opp evt. behov.

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