Møte Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtetid:	Torsdag 02.12.21 Hovedmøte kl. 13.30- 15.30 (Partnerne avklarer selv tidspunkt for formøter. NB.UNN avholder sitt formøte mandag 29.11.21 kl 08.15-09.00)
Sted:	Videokonferanse (Teams)

Saksliste

Sak 47/21 **Innkalling og dagsorden**

Sak 48/21 **Referat fra SSU-møte den 05.11.21**

Sak 49/21 **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**

Sak 50/21 **Kunngjøring av vinner av samhandlingsprisen 2021**

Sak 51/21 **Oppfølging sak 9/21- Forslag til mandat og medlemssammensetning FSU Barn og unge**

Sak 52/21 **Pakkeforløp hjem for kreftpasienter**

Sak 53/21 **Neste møte og kommende saker**

Sak: **47/21**
Tittel: **Innkalling og dagsorden**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 02.12.2021

Forslag til vedtak:
Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: **48/21**
Tittel: **Referat fra SSU-møte 03.09.2021**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 02.12.2021

Utkast til referat fra SSU-møtet 05.11.2021 ble sendt ut kort tid etter møtet.
Det kom ingen innsigelser til referatet innen tilbakemeldingsfristen og referatet ble deretter publisert på Helsefellesskapet Troms og Ofotens nettside: www.helsefellesskapet.no

Forslag til vedtak:
Referat fra SSU-møte 05.11.2021 er godkjent.

Vedlegg 1: Møtereferat 20211105 SSU Troms og Ofoten

Sak: **49/21**
Tittel: **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato: 02.12.2021

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerer om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Forslag til vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

Sak: **50/21**
Tittel: **Kunngjøring av vinner for Samhandlingsprisen 2021**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 02.12.2021

På SSU-møtet 5.11.21 vedtok SSUs medlemmer med stemmerett vinner av Samhandlingsprisen 2021. Med bakgrunn i at Samhandlingskonferansen 2021 er utsatt til 16. og 17.03.22 kunngjøres vinneren av Samhandlingsprisen 2021 under dagens SSU-møte. Vinneren gir en kort presentasjon av sitt arbeid.

Forslag til vedtak:
1. Vinner av Samhandlingsprisen 2021 er XXX
2. SSU gratulerer vinner av Samhandlingsprisen 2021, og tar saken til orientering

---

Sak: **51/21**
Tittel: **Oppfølging sak 9/21 – Forslag til mandat og medlemssammensetning FSU Barn og unge**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 02.12.2021

Med bakgrunn i Nasjonal helse og sykehusplan (St.meld 7 2020-2023), ble det i SSU-møtet 03.06.21, under sak 9/21 vedtatt at det skal etableres ett faglig samarbeidsutvalg (FSU) for barn og unge, under nivå 3 i Helsefellesskapet Trom og Ofoten.

Opprettelse av FSU for barn og unge ble løftet opp i ledersamling på BUK den 30.09.21, med sekretariatet og brukerrepresentant tilstede. Det ble her drøftet hvilke behov og ønsker som sees i forbindelse med opprettelsen av faglig samarbeidsutvalg for barn og unge.
Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra ledersamlingen på BUK har sekretariatet utarbeidet forslag til mandat, se vedlegg 2.

Det ble sendt ut henvendelse med frist satt til 15.10.2021 for partnerne i helsefellesskapet å melde inn medlemmer til fagrådet. Det avventes tilbakemelding fra fylkeskommunen og statsforvalteren, som er invitert til å sitte i utvalget. Foreløpig sammensetning vil bli presentert i møtet, se vedlegg 3.

Utvalget avholder oppstartsmøte 16.12.21.

Forslag til vedtak:
1. SSU godkjenner forslag til mandat for FSU barn og unge
2. SSU godkjenner forslag til foreløpig sammensetning av FSU barn og unge

Vedlegg 2: Forslag til mandat for FSU barn og unge
Vedlegg 3: Forslag medlemssammensetning FSU barn og unge

Sak: **52/21**
Tittel: **Pakkeforløp Hjem for kreftpasienter**
Til: Helsefellesskapet Troms og Ofoten
Fra: Fag- og kvalitetssenteret, UNN HF
Møtedato: 2.desember 2021

Sammendrag

Denne orienteringssaken vil gi Helsefellesskapet Troms og Ofoten informasjon om et nytt pakkeforløp for alle kreftpasienter; Pakkeforløp hjem for kreftpasienter (*Pakkeforløp hjem*). Pakkeforløpet lanseres 1.desember 2021 og er planlagt implementert fra 1.januar 2022.

Bakgrunn

Høsten 2021 vil Helsedirektoratet lansere et nytt pakkeforløp for alle kreftpasienter. Pakkeforløpsbeskrivelsen er nå under utarbeidelse og kom på høring 1.september med høringsfrist 10.oktober.

Det overordnede målet med *Pakkeforløp hjem* er at pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. I P*akkeforløp hjem* skal pasientens behov avdekkes og følges opp i tett dialog med pasienten. Pasienten skal vite hvem som er ansvarlig for videre behandling og oppfølging, og hvem som kan kontaktes ved behov.

Pakkeforløp hjem skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. *Pakkeforløp hjem* skal bidra til mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov, også behov som går utover den rent medisinskfaglige oppfølgingen – dvs. tilknyttet pasientens livssituasjon, og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient.

Pakkeforløpet skal bidra til at disse behovene blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging. Det er definert fem samhandlingspunkter og de beskriver ulike aktiviteter, og definerer de aktuelle aktørenes oppgaver og ansvarsområder i tilknytning til oppfølgingen. Samhandlingspunktene er:

1. Klinisk beslutning og oppstart behovskartlegging
2. Primær kreftbehandling igangsatt
3. Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling
4. Avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov
5. Avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov

Pakkeforløp hjem skal bidra til færre uønskede variasjoner i pasientenes oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor. Målet er å oppnå mer koordinerte tjenester, og bedre samhandlingen mellom aktørene som har kontakt med kreftpasienter. Det innebærer en utdypning av hvordan kreftpasientene skal følges opp etter klinisk beslutning og påbegynt kreftbehandling, og en utdyping av hvordan tjenestenivåene skal samhandle for å avdekke og følge opp pasientens behov for tjenester ut over kreftbehandlingen.

Alle kreftpasienter skal inkluderes i *Pakkeforløp hjem* når de har fått en kreftdiagnose, uavhengig av om de allerede er i et pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har en kurativ eller palliativ intensjon. Pasienter som får tilbakefall

inkluderes ikke i pakkeforløpene for kreft, men de skal inkluderes i *Pakkeforløp hjem for kreftpasienter*.

De fleste kreftpasientene vil med andre ord både være inkludert i et diagnosespesifikt pakkeforløp og i P*akkeforløp hjem*, men ikke alle. Noen pasienter som har fått sin kreftdiagnose etter at de er henvist for andre sykdommer, og ø-hjelps-pasienter, er eksempler på pasienter som ikke alltid er inkludert i ett av de 28 diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft, men som skal inkluderes i *Pakkeforløp hjem*.

Nye målepunkter for *Pakkeforløp hjem* er ikke endelig besluttet. I høringsutkastet er det foreslått å benytte NCMP-prosedyrekode WMFG10 når behovskartleggingen er gjennomført for spesialisthelsetjenesten når behovskartleggingen er gjort. Ellers er det ikke foreslått forløpstider mellom de ulike samhandlingspunktene.

Pakkeforløp hjem vil monitoreres i spesialisthelsetjenesten ved at data om pasienter med kreftdiagnose sammenstilles med informasjon om hvorvidt behovskartlegging er gjennomført (jf. bruk av prosedyrekode WMFG10).

Pakkeforløp hjem vil evalueres ved at det inkluderes spørsmål til kreftpasienter om deres erfaringer med pakkeforløp hjem i Folkehelseinstituttets årlige pasientundersøkelse blant et utvalg voksne personer som blir utskrevet fra døgnopphold ved somatisk sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig.

Det kan på sikt iverksettes egne evalueringer av pakkeforløp hjem.

Vurdering

UNN har nedsatt en lokal implementeringsgruppe for å komme godt i gang med implementeringsjobben som skal gjøres vinteren og våren 2022.

Forslag til vedtak:

1. Strategisk samarbeidsutvalg tar informasjonen om Pakkeforløp Hjem for kreftpasienter til orientering.
2. Strategisk samarbeidsutvalg ber om ny orientering på implementeringsarbeidet i medio april 2022.

Vedlegg 4 Høringsutkast, Pakkeforløp hjem for kreftpasienter
Vedlegg 5 Samhandlingspunkt 1-5
Vedlegg 6 Behovskartleggingsskjema – NCNN – Norsk 2017

Sak: **53/21**
Tittel: **Neste møte og kommende saker**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 02.12.2021

Neste møte avholdes fredag 20.01.22. Møtet blir tilrettelagt for fysisk oppmøte på PET-senteret UNN møterom 914, og digitalt.

Tidligere meldte og kommende saker:

- Stormottakersatsningen
- Brutt kontinuitet i fastlegeordningen – Konsekvenser?
- Oppfølging arbeidet med ny nasjonal helse og sykehusplan
- Oppfølging arbeidet med UNNs utviklingsplan 2022-2038
- Planlegging av Partnerskapsmøtet 2022
- Behov for midlertidig «revisjon» av tjenesteavtaler?

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@unn.no

Forslag til vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering.

Møtereferat Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtetid: 05.11.2021
Sted: Videokonferanse (Teams)

Tilstede

Medlemmer med stemmerett

Hogne Eidissen	Rådmann, Senja kommune, Midt-Tromsrådet
Jan Hugo Sørensen	Kommunedirektør, Nordreisa Kommune, Nord-Tromsrådet
Magne Nicolaisen	Avdelingsdirektør, Tromsø kommune, Tromsø-områdets interkommunale politiske råd
Toril Skår	Kommunalsjef, Harstad kommune, Hålogalandsrådet
Rigmor Hamnvik	Kommunalsjef helse og oms. Balsfjord kommune. Vara for Alf Lorentsen
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef, Narvik kommune, Hålogalandsrådet
Anita E. Schumacher	Administrerende direktør UNN
David Johansen	Klinikksjef, Medisinsk klinikk UNN
Marianne Nordhov	Konstituert klinikksjef, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Jon H. Mathisen	Klinikksjef, Akuttmedisinsk klinikk
Vibeke Haukland	Driftsleder UNN Narvik. Vara for Gina Maria Johansen
Eirik Stellander	Klinikksjef, Psykisk helse- og rusklinikken
Lise Figenschou	Fastlegerepresentant
Bernard Holthe	Fastlege Narvik. Vara for Leif Røssås
Kamilla Mari Sørensen	Brukerrepresentant, Ungdomsrådet UNN
Kirsti Baardsen	Brukerutvalget UNN. Vara for Paul Dahlø

Meldt forfall:

Leif Røssås	Fastlegerepresentant
Alf Lorentsen	Helse- og omsorgssjef, Karlsøy kommune, Tromsø-områdets interkommunale politiske råd.
Gina Maria Johansen	Driftsleder, UNN Harstad
Paul Dahlø	Brukerrepresentant, Brukerutvalget UNN

Medlemmer med møte- og talerett

Lisa Friborg	Seniorrådgiver helse og velferd KS Nord-Norge
Kristin Planting Mølmann	Statsforvalteren i Troms og Finnmark.
Sonja Revhaug	Statsforvalteren i Nordland. Vara for Morten Juul Sundnes
Trond Nylund	Ass. fakultetsdirektør, Helsefakultetet UiT
Lena Røsæg Olsen	Fylkesleder NSF. Ansattrepresentant UNN
Hilde T. B. Wikeland	Nestleder Fagforbundet Troms

Sekretariat

Guri Moen Lajord	Avdelingsleder, E-helse, Samhandling og innovasjonssenteret UNN
Lene Kristiansen	Rådgiver, Samhandlingsseksjonen UNN
Marit Bergh	Konst. seksjonsleder, Samhandling UNN

Deltakere på sak

Heidi S. Høifødt	Medisinsk faglig rådgiver, Kvalitetsavdelingen UNN

Observatør

Mariann Sundstrøm	Koordinator Ungdomsrådet, Barne- og ungdomsklinikken UNN

Sak: **38/21**
Tittel: **Innkalling og dagsorden**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 05.11.2021

Nestleder i SSU Anita E. Schumacher ønsket velkommen til møtet for Strategisk samarbeidsutvalg i Helsefellesskapet Troms og Ofoten.

Vedtak:
Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: **39/21**
Tittel: **Referat fra SSU-møtet 06.10.21**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 05.11.21

Utkast til referat fra SSU-møtet 06.10.2021 ble sendt ut kort tid etter møtet. Det kom ingen innsigelser til referatet innen tilbakemeldingsfristen og referatet ble deretter publisert på Helsefellesskapet Troms og Ofotens nettside: www.helsefellesskapet.no

Vedtak:
Referat fra SSU-møte 06.10.2021 er godkjent.

Sak: **40/21**
Tittel: **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato: 05.11.2021

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerte om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

Vedlegg 1: Skjema for CV19 registrering

Sak: **41/21**
Tittel: **Utviklingsplan for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2022 – 2038 – organisering av arbeidet**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Forsknings- og utdanningssjef/konstituert viseadm. direktør i UNN Einar Bugge
Møtedato: 05.11.21

I henhold til oppdragsdokumentet for 2021 skal Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) oppdatere foretakets utviklingsplan for perioden 2022 - 2038. Medisinskfaglig rådgiver fra Kvalitetsavdelingen ved UNN Heidi Høifødt informerte om prosessen, og hvilke arenaer det lages fremover for å kunne gi innspill fra kommunene, brukere og fastlegene til planen.

Vedtak:
SSU tar informasjonen om UNNs arbeid med utviklingsplan 2022 – 2038 til orientering.

Sak: **42/21**
Tittel: **Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 05.11.21

Helse- og omsorgsdepartementet inviterer helsefellesskapene til å komme med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027. Frist for å gi innspill er 1. april 2022. Dette vil bli satt på dagsorden til SSU i møtene fremover.

Vedtak:
1. SSU tar informasjon om invitasjon til innspill på Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027 til orientering.
2. Sekretariatet lager plan for innspillsprosess i samarbeid med leder og nestleder av SSU.
3. Saken følges opp i SSU-møtet januar 2022.

Sak: **43/21**
Tittel: **Oppfølging sak 6/21, FSU Stabilisering og rekruttering – mandat og medlemssammensetning**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 05.11.21

SSU vedtok i møtet 03.06.2021 å etablere et faglig samarbeidsutvalg (FSU) for rekruttering og stabilisering. På bakgrunn av Ishavserklæringen og forslag som kom fram i SSU-møtet

06.10.2021 har sekretariatet utarbeidet forslag til mandat. Forslag til mandat og medlemssammensetning ble gjennomgått under dagens SSU møte, revidert utgave av mandat er lagt til som vedlegg.

Forslag til vedtak:

1. SSU godkjenner forslag til mandat for FSU rekruttering og stabilisering.
2. SSU godkjenner forslag til sammensetning av FSU rekruttering og stabilisering.

Vedtak:

1. SSU godkjenner forslag til mandat med endringer som framkom i møtet.

    - Vurdere og drøfte muligheter for intern oppgaveglidning, og gi anbefalinger rundt dette
    - Utrede betydningen av et helsefremmende arbeidsmiljø og et godt fagmiljø
    - Utrede og foreslå system for kompetansehevende tiltak, kompetanseutvikling og kompetansedeling ved behov, mellom UNN og kommunene, og kommunene imellom.

2. SSU godkjenner forslag til sammensetning av FSU rekruttering og stabilisering med de endringer som framkom i møtet.

    - Endring representant Tromsø Kommune. (Navn kommer)
    - Foreslått vara for ansatterepresentant. (Navn kommer)

Vedlegg 2. Revidert mandat FSU stabilisering og rekruttering
Vedlegg 3. Revidert medlemssammensetning

Sak:	**44/21**
Tittel:	**Møteplan og møteform for SSU 2022**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	05.11.21

Det ble fremlagt ett forslag til møteplan for SSU 2022 basert på vedtektene fastsatt i partnerskapsmøtet 03.06.21. Møtene er i hovedsak satt opp digitalt, med tre møter som blir planlagt for fysisk oppmøte med mulighet for digital tilstedeværelse. Møteform for Partnerskapsmøtet 2022 ble drøftet.

Møteplan for 2022.

Dato	Klokkeslett	Møteform/-sted
Torsdag 20 januar	Formøte 10.00-10.55 Hovedmøte 11.00-15.30	Fysisk/Digitalt
Tirsdag 22. februar	Formøte 12.00-12.55 Hovedmøte 13.00-15.30	Digitalt
Torsdag 7. april	Formøte avklares senere Hovedmøte 08.30-10.30	Digitalt
Partnerskapsmøtet torsdag 7. april (Digitalt)		
Torsdag 19. mai	Formøte 12.00-12.55 Hovedmøte 13.00-15.30	Digitalt
Fredag 17. juni	Formøte 10.00-10.55 Hovedmøte 11.00-15.30	Fysisk/Digitalt
Torsdag 8. september	Formøte 12.00-12.55 Hovedmøte 13.00-15.30	Digitalt
Torsdag 20. oktober	Formøte 10.00-10.55 Hovedmøte 11.00-15.30	Fysisk/Digitalt
Fredag 2. desember	Formøte 12.00-12.55 Hovedmøte 13.00-15.30	Digitalt

Forslag til vedtak:

1. SSU vedtar ny møteplan for 2022, og ber sekretariatet sende kalenderinnkallinger til hovedmøtene.
2. Hver av partnerne har selv ansvar for å innkalle til digitale formøter.

Vedtak:

1. SSU vedtar ny møteplan for 2022, og ber sekretariatet sende kalenderinnkallinger til hovedmøtene.
2. Hver av partnerne har selv ansvar for å innkalle til digitale formøter.
3. SSU vedtar at Partnerskapsmøtet 7.april avholdes digitalt.

Sak: **45/21**
Tittel: **Neste møte og kommende saker**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 05.11.21

Neste møte avholdes fredag 02.12.21. Møtet var tiltenkt å avholdes fysisk, men grunnet økende CV19 smitte i kommunen avholdes møtet digitalt.

Tidligere meldte og kommende saker:

- Brutt kontinuitet i fastlegeordningen – hva blir konsekvensene?
- Pakkeforløp kreft hjem
- Partnerskapsmøtet 2022
- Mandat FSU Barn og unge

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet. Sak fremstilles på egen mal som du finner på www.helsefellesskapet.no Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@unn.no

Vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte til orientering.

Sak:	**46/21**
Tittel:	**Jurybehandling av samhandlingsprisen 2021**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	05.11.21

Stemmeberettigete medlemmer i SSU utførte gjennomgang av de fire nominerte, og vedtok vinner av samhandlingsprisen 2021. Forslag om at vinner kunngjøres under SSU-møtet 02.12.21, og presenteres på Samhandlingskonferansen våren 2022.

Forslag til vedtak:

1. SSUs medlemmer med stemmerett vedtar vinner av Samhandlingsprisen for 2021.
2. Vinneren presenterer tiltaket under Samhandlingskonferansen som arrangeres 01-02.12.2021.

Vedtak:

1. SSUs medlemmer med stemmerett vedtok vinner av Samhandlingsprisen for 2021.
2. Vinner kunngjøres på kommende SSU-møtet 02.12.21 og tiltaket blir presentert på Samhandlingskonferansen våren 2022.

Forslag til mandat og organisering

Faglig samarbeidsutvalg barn og unge.

Forankring og formål	Faglig samarbeidsutvalg barn og unge er oppnevnt av Strategisk samarbeidsutvalg i Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Dette med bakgrunn i Nasjonal helse og sykehusplan (St. meld 7 2020-2023), og oppdraget som er gitt til helsefelleskapene om å prioritere blant annet barn og unge. Hovedmålet for faglig samarbeidsutvalg for barn og unge er å styrke behandlingstilbudet til barn og unge. Dette oppnås gjennom å styrke kompetanse, samarbeid og samhandling og bidra til utvikling av tjenester som gir god kvalitet og bedre forløpsflyt for barn og unge, og deres pårørende i UNN-sykehusene og i kommunene som bruker UNN som lokalsykehus.
Rolle og ansvar	Faglig samarbeidsutvalg er et faglig rådgivende utvalg som skal: - bidra til felles faktagrunnlag for barn og unges helse - arbeide med implementering av UNNS utviklingsplan 2022-2038 - bidra med kunnskapsbaserte anbefalinger og foreslå tiltak - være orientert om faglige anbefalinger, forskning og utvikling av tjenesten - arbeide med å danne gode forløp i overganger fra ungdom til voksen - ha oversikt over pågående samarbeids- og utviklingsarbeid i helsefellesskapet, og samarbeide der det er aktuelt - arbeide med å få til gode forløp for ungdom med samtidig utfordring med knyttet til rus/psykiatri og barnevern - bidra med utredning av fag- og samhandlingsrelaterte problemstillinger - bidra til god samhandling knyttet til administrative rutiner, kliniske problemstillinger og pasientforløp - identifisere utfordringer med særlig vekt på de sårbare barna og ungdommene - ved behov opprette arbeidsgrupper på sak
Rammebetingelser	Faglig samarbeidsutvalg arbeider på oppdrag fra Helsefellesskapet. FSU-et får handlingsrom til å tenke nytt og framtidsrettet. Utvalget gjør selv prioriteringer og organiserer arbeidet slik de ønsker. Kommunene og helseforetaket skal tilrettelegger for at representantene kan prioritere utvalgets arbeid.

Forslag

	Oppdrag av større omfang, som f.eks. krever flere ressurser i kommunene eller UNN, legges fram for SSU for godkjenning. FSU-ets virkeperiode er ikke tidsbegrenset.
Oppdrag og bestilling	- Utvalget tar fortløpende imot henvendelser/oppdrag fra Helsefellesskapet - Utvalget initierer selv saker
Representasjon	Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge er sammensatt av representanter fra samarbeidspartnerne i Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Kommunenes medlemmer fordeler seg på de ulike kommuneregionene. UNN sine medlemmer kommer fra ulike lokalisasjoner og klinikker. Brukerne, fastlegene og bufetat er representert. I tillegg er fylkeskommunen og statsforvalteren invitert til å sitte i utvalget Sammensetning vil kunne bli endret/supplert utfra oppdrag, behov og etablering av mindre arbeidsgrupper.

Forslag

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge

Vedlegg 3 SSU møte 02.12.21, sak 51/21 forslag sammensetning

FSU Barn og Unge

Navn	Tittel og tilhørighet
Kommunene	
Kirsti Seljenes	Kommunepsykolog jobber klinisk primært med barn og unge / Lavterskel tilbud Midt-Tromsø/Målselv
Hege Moss Larsen	Leder Omsorgstjenesten Langnes, Selnes avlastningsbolig. Tromsø
?	Representant Nord-Troms
?	Representant Sør-Troms og Ofoten
UNN	
Børge Mathiassen,	Avd.leder BUPA
Nina Engelsen	Kst, Avd. leder BUA
Oddmar Ole Steinsvik	Avd.leder Barnehabiliteringen
Marianne Solveig Nordhov	Kst. Klinikksjef Barne – og Ungdomsklinikken
Fastlegene	
Sindre Heide	Fastlege Harstad
Jan Einar Skålevik	Fastlege Tromsø
Brukerne	
Kamilla Sørensen	Ungdomsrådet
Vara: Mia Berggren Nordahl	Ungdomsrådet
Utdanningsetaten for fylket	
Bufetat	
Marit Øygård Andreassen	Psykologspesialist Enhetsleder Miljøsystemisk terapi (MST) Tromsø
Statsforvalteren	

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Innhold

Hva er pakkeforløp hjem for kreftpasienter? ... 3
Hvem omfattes av pakkeforløp hjem for kreftpasienter? ... 3
Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for kreftpasienter og pakkeforløpene for kreft ... 3
Brukermedvirkning ... 4
Pårørende ... 4
Målgruppen for pakkeforløpsbeskrivelsen ... 4
Når starter pakkeforløp hjem for kreftpasienter? ... 5
Hva består pakkeforløp hjem for kreftpasienter av? ... 5
Samhandling mellom aktørene i pakkeforløp hjem for kreftpasienter ... 6
Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste ... 6
Forvaltningsenhet/tildelingsenhet ... 6
Fastlegen ... 6
Koordinerende enhet i kommunen ... 7
Kreftkoordinator ... 7
Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten ... 7
Kontaktlege ... 7
Forløpskoordinator ... 8
Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten ... 8
Oppfølging av pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester ... 8
Individuell plan og koordinator ... 8
Oppfølgingsteam ... 8
Fastlegen ... 9
Barnekoordinator ... 9
Kreftkoordinator ... 9
Samhandling med andre aktører (arbeids-, utdannings- og velferdssektoren) ... 9
Rehabilitering ... 9
Psykisk helse ... 10
Bruk av digitale plattformer og digitale hjelpemidler ... 10
Behovskartlegging ... 10
Sjekkliste ... 10
Behovskartleggingsverktøy ... 11
Dokumentasjon og formidling ... 11
Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende ... 12

Målepunkt og koding 12
Monitorering og evaluering 12
Roller og ansvar 13
Begreper og definisjoner 14
Lovverk, retningslinjer, veiledere og faglige råd 16
Lov og forskrift 16
Nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp 16
Veiledere og faglige råd 16

Hva er pakkeforløp hjem for kreftpasienter?

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløp hjem skal bidra til:

- mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov, dvs. behov som går utover den rent medisinskfaglige oppfølgingen – tilknyttet pasientens livssituasjon - og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient. (Se *behovskartleggingsverktøy og sjekkliste)*
- at pasientenes behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging
- færre uønskede variasjoner i pasientenes 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 kreftpasienter
- økt trygghet for pasienter som overføres mellom tjenestenivåene.

Pasientene skal vite hvem som er ansvarlig for videre behandling og oppfølging, og hvem som kan kontaktes ved behov.

Samhandlingspunktene i pakkeforløp hjem for kreftpasienter beskriver ulike aktiviteter, og definerer de aktuelle aktørenes oppgaver og ansvarsområder.

Det faglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter beskrives ikke. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram). (https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft)

Hvem omfattes av pakkeforløp hjem for kreftpasienter?

Alle pasienter som får en kreftdiagnose innlemmes i pakkeforløp hjem for kreftpasienter, 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 inkluderes også i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. (Disse pasientene inkluderes ikke i de diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft).

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter omfatter også barn. For nærmere informasjon om oppfølging av barn med kreft, vises det til Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn, og Nasjonal pårørendeveileder.

Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for kreftpasienter og pakkeforløpene for kreft

I 2015 ble det implementert 26 diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft, ett diagnostisk pakkeforløp og ett for metastaser uten kjent primærtumor, med tilhørende diagnoseveiledere for fastlegene og informasjonsskriv til pasientene. (*Link*) Pakkeforløpene for kreft omhandler hele pasientforløpet, fra mistanke om kreft, til utredning, diagnose, behandling og oppfølging. Pakkeforløpene for kreft har imidlertid vekt på den første delen av forløpet, fra mistanke om kreft, til behandlingen starter. Oppfølging etter behandling, og

samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er ikke beskrevet i detalj.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter innebærer en utdypning av hvordan kreftpasientene bør følges opp etter klinisk beslutning og påbegynt kreftbehandling, og en utdyping av hvordan tjenestenivåene bør samhandle for å avdekke og følge opp pasientens behov for tjenester ut over kreftbehandlingen.

Alle kreftpasienter skal inkluderes i Pakkeforløp hjem når de har fått en kreftdiagnose, uavhengig av om de allerede er i et pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har en kurativ eller palliativ intensjon. Pasienter som får tilbakefall inkluderes i pakkeforløp hjem, selv om de ikke inkluderes i pakkeforløpene for kreft.

De fleste kreftpasientene vil med andre ord både være inkludert i et diagnosespesifikt pakkeforløp og i pakkeforløp hjem, men ikke alle. Noen pasienter som har fått sin kreftdiagnose etter at de er henvist for andre sykdommer, og ø-hjelps-pasienter, er eksempler på pasienter som ikke alltid er inkludert i ett av de 26 diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft, men som skal inkluderes i Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Brukermedvirkning

Pasientens behov skal ha hovedfokus. Retningsendringen fra å spørre pasienten om «hva er i veien med deg?» til å spørre «hva er viktig for deg?» gir rom for å innta pasientens/brukerens perspektiv. Med denne tilnærmingen kan det iverksettes tiltak basert på pasienter og brukeres egne mål.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke når de mottar helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å involvere pasienter eller bruker i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenestetilbud, og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Pasienten eller brukeren har en rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet.

Pasienter eller brukere som i første omgang avslår å delta i prosessen, bør senere spørres på nytt om han eller hun ønsker å medvirke til utforming av tjenestetilbudet.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten, og dette vil også være sentralt i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Det er pasienten og deres eventuelle pårørende som i dialog med tjenesten skal gi uttrykk for hva de behøver av bistand og hjelp, og tjenestene skal ivareta dette så langt det lar seg gjøre.

Retten til medvirkning er lovregulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (lovdata.no)

Pårørende

Pasienter eller brukere har ikke bare rett til å medvirke selv, men kan også velge at andre får være til stede under planlegging eller gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene.

Veilederen om pårørende i helse- og omsorgstjenesten har en omfattende beskrivelse av spesialisthelsetjenestenes og kommunenes plikt til støtte og involvering av pårørende.

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet

Målgruppen for pakkeforløpsbeskrivelsen

Målgruppen for pakkeforløpsbeskrivelsen er primært:

- helsepersonell
- ledere/administratorer og beslutningstakere i spesialisthelsetjenesten
- ledere/administratorer og beslutningstakere i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- ansatte i andre kommunale og statlige virksomheter som har kontakt med - og yter tjenester til - kreftpasienter

Pasienter og pårørende kan også ha nytte av informasjon om innholdet i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. For disse gruppene vises det først og fremst til utarbeidet pasientinformasjon (*link*).

Når starter pakkeforløp hjem for kreftpasienter?

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter starter i det en person får en kreftdiagnose.

Hva består pakkeforløp hjem for kreftpasienter av?

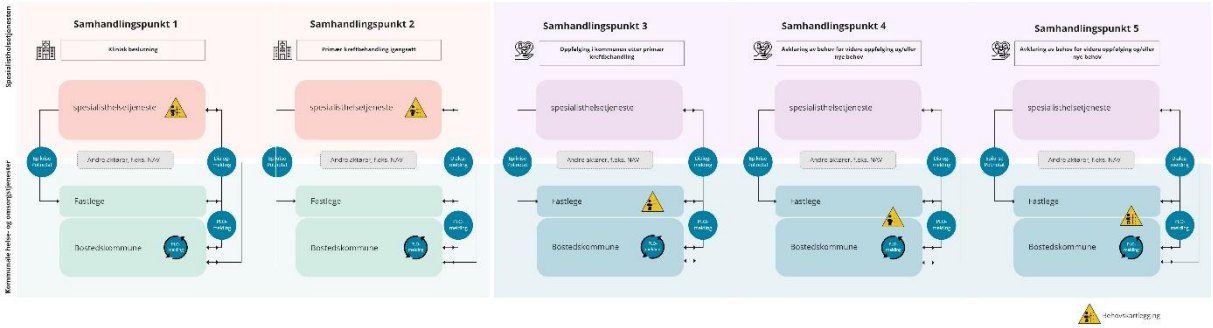
I pakkeforløp hjem for kreftpasienter er ulike samhandlingspunkt beskrevet. Definisjonen av samhandlingspunktene er: "*Møteplasser" mellom pasient, eventuelle pårørende og tjenesten med gitte aktiviteter som skal sikre at pasientens behov blir avdekket og fulgt opp videre i pasientforløpet.*

Det er definert følgende 5 samhandlingspunkter:

1. **Ved klinisk beslutning**
2. **Når primær kreftbehandling er igangsatt**
3. **I forbindelse med oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling**
4. **Ved avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov** (Ca. 3 måneder etter samhandlingspunkt 3)
5. **Ved avklaring av behov for videre oppfølging i kommunen og/eller nye behov** (Ca. 1 år etter samhandlingspunkt 3)

For å sikre at alle sider ved pasientenes situasjon blir kartlagt, bør det ved disse samhandlingspunktene benyttes et kartleggingsverktøy (*NCCN-utviklet skjema om "distress"/påkjenning*) og/eller sjekkliste som skal sikre at aktuelle temaområder blir gjennomgått på ulike tidspunkt i pasientforløpet. Ved å gjenta gjennomgangen av temaene, kan man fange opp pasientenes behov når de dukker opp, uavhengig av hvor pasienten er i sitt forløp, og uavhengig av hvem pasienten har kontakt med i tjenesten ved aktuelt tidspunkt.

Det som fremkommer i forbindelse med behovskartleggingen bør dokumenteres og videreformidles til aktørene som skal følge opp pasienten videre i forløpet. Dette kan bety involvering av ulike tjenester både innen spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjenesten og andre aktører.



Siste samhandlingspunkt i pakkeforløp hjem for kreftpasienter er ca. 1 år etter samhandlingspunkt 3: *"Oppfølging i kommunen etter oppstart av primær kreftbehandling".* Pasienten følges opp videre etter behov, hos fastlege, sykehus og/eller andre relevante tjenester i kommunen, etter gjeldende retningslinjer.

Samhandling mellom aktørene i pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Samhandling på tvers av tjenestenivåene er godt regulert i eksisterende nasjonale krav og føringer, og lokale samhandlingsavtaler og rutiner. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter ønsker å styrke de eksisterende samarbeidsavtalene, og beskriver aktiviteter som bør inngå i et pasientforløp.

Resultatene av behovskartleggingen dokumenteres i den grad det er relevant og nødvendig for den videre oppfølgingen av pasienten. Opplysningene skal i nødvendig utstrekning videreformidles til samarbeidende personell i tråd med regelverket.

Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunene bør ha et tydelig kontaktpunkt for henvendelser ifm. behovskartleggingen i pakkeforløp hjem for kreftpasienter som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Kommunene er ulikt organisert og hvilket kontaktpunkt som skal benyttes må avklares lokalt.

Pasienter som ikke allerede har tjenester i kommunen vil ikke helse – og omsorgstjenesten i kommunen kjenne til. Kommunen er derfor avhengig av å få beskjed fra sykehuset, fastlegen eller fra pasient/pårørende direkte dersom det er behov for oppfølging i kommunen.

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet

Kontaktpunkt for helse- og omsorgstjenester i kommunen som har ansvar for søknadsbehandling, tverrfaglig behovsvurdering og å fatte vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester har ulike betegnelser, som f.eks. forvaltningsenhet, tildelingskontor, søknadskontor o.l. Noen kommuner har servicetorg som henviser videre til riktig instans i kommunen. I pakkeforløp hjem vil betegnelsen forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen brukes for denne funksjonen i kommunene, uavhengig av hvordan dette er organisert.

Fastlegen

Fastlegene har et medisinskfaglig koordineringsansvar og kan bidra til å kartlegge hvordan kreftsykdommen oppleves av den enkelte i deres liv, og hvilke prioriteringer pasienten selv vil gjøre. Mange pasienter får i den aktive fasen av kreftbehandlingen all ivaretagelse i spesialisthelsetjenesten, men en del pasienter har oppfølging hos fastlegen parallelt med at de mottar kreftbehandling. Det vil i mange tilfeller være aktuelt at fastlegene ivaretar den første behovskartleggingen i kommunen – jf. samhandlingspunkt 3 – men dette vil variere fra

pasient til pasient, og er også avhengig av hvordan kommunen har organisert sin oppfølging av kreftpasienter.

Fastlegen/henviser skal være orientert om behandlingen og oppfølgingen som gjøres i spesialisthelsetjenesten, og bør derfor bli informert om resultatet av behovskartleggingen. Resultatet av behovskartleggingen kan fremkomme i epikrise, poliklinisk notat eller via elektronisk melding (EDI), eller eventuelt telefonkontakt, til pasientens fastlege. Det bør også sendes melding til fastlege/henviser dersom kartleggingen/samtalen tilknyttet et senere samhandlingspunkt fører til vesentlige endringer i tidligere formidlede behov for oppfølging.

Koordinerende enhet i kommunen

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Denne funksjonen ligger i enkelte kommuner inn under forvaltningsenheten/tildelingsenheten.

Kreftkoordinator

Omtrent halvparten av kommunene i Norge har en kreftkoordinator (56 %)[1]. En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste, og de kan ha ulike oppgaver, ansvar og roller i ulike kommuner. Ofte er de organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt. Hvilken rolle kreftkoordinatoren skal ha i pakkeforløp hjem må avklares i den enkelte kommune, men det bør legges til rette for at kreftkoordinator, eller annen kontaktperson, har et tett samarbeid med både koordinerende enhet og forvaltning-/tildelingsenheten i kommunen.

Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten

Dersom kommunale tjenesteytere avdekker behov som spesialisthelsetjenesten bør ha kjennskap til, bør det tas kontakt/gå en melding til kontaktlege, forløpskoordinator eller annet kontaktpunkt som er opprettet for slik kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten.

Kontaktlege

Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

I pakkeforløp hjem for kreftpasienter (Jf. samhandlingspunktene) spesifiseres det ikke nærmere om "lege" er kontaktlegen. Det brukes gjennomgående betegnelsen "lege", uavhengig av om det i praksis er kontaktlegen som vil være aktuell i den beskrevne rollen/situasjonen.

[1] Beregnet etter tall som fremkommer på Kreftforeningens nettsider: https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/ (Hvilke kommuner har kreftkoordinator?)

Forløpskoordinator

Innføringen av pakkeforløpene for kreft innebar at alle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som behandler kreftpasienter skal ha en forløpskoordinator. Dette gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionale helseforetak. Forløpskoordinatorene har et delegert ansvar for, og myndighet til, å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten ikke-medisinskfaglig begrunnet ventetid.

Det er opp til helseforetakene å bestemme hvilken rolle forløpskoordinatorene skal ha i pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator og for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatorer for alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Ved behov for individuell plan og koordinator, skal helseforetaket så snart som mulig varsle kommunenes koordinerende enhet om pasienten/brukeren slik at kommunen/bydelen kan starte prosessen med oppnevning av koordinator, etter samtykke og dialog med pasienten.

Oppfølging av pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester

Jf. Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m, kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet; Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1.

Individuell plan og koordinator

Kreftpasienter har på lik linje med andre rett til individuell plan og koordinator dersom de har behov for langvarige[2] og koordinerte tjenester. Behovet meldes til **koordinerende enhet** som har et overordnet ansvar for at det oppnevnes en koordinator og at det utarbeides en individuell plan (IP) dersom det vurderes at bruker har behov for dette, eller ønsker det.

For kreftpasienter der sykehuset har plikt til å oppnevne koordinator, er det naturlig om **forløpskoordinator** for kreft oppnevnes i rollen som koordinator. For mer informasjon om forholdet mellom koordinator, forløpskoordinator og **kontaktlege** – se Veileder for kontaktlege i spesialisthelsetjenesten.

Oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er en generisk arbeidsform for tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester vil det være naturlig at et pakkeforløp som starter i spesialisthelsetjenesten videreføres gjennom strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam i kommunen. Denne oppfølgingen skjer innen rammene av bestemmelsene om individuell plan og koordinator. Oppfølgingsteam er nærmere beskrevet i Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, lenke

[2] I veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator er "langvarig" forklart med «strekker seg over en viss tid». https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator

Fastlegen

Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene for pasientene på sin liste. Det innebærer samarbeid og henvisning til andre ved behov, jfr. fastlegeforskriften § 19. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, utover det medisinskfaglige området, skal fastlegen informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og at vedkommende eventuelt får oppnevnt koordinator. Fastlegen skal melde behov til kommunens koordinerende enhet, som er kontaktpunkt for dette. Koordinator er viktig samarbeidspartner for fastlegen (Jf. Helsedirektoratets veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet).

Barnekoordinator

For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, foreligger det p.t et forslag om rett til barnekoordinator i kommunen.

Dette vil naturlig inngå i pakkeforløp hjem når/hvis det blir vedtatt. Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)[3]

Kreftkoordinator

I tilfeller hvor kreftkoordinator ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, må det sikres at innhold og funksjon oppfyller krav i lov og forskrift. Det omfatter også å følge fastsatte rutiner for melding om behov for koordinator til koordinerende enhet og at øvrige rutiner og prosedyrer som gjelder for denne funksjonen etterleves.

Samhandling med andre aktører (arbeids-, utdannings- og velferdssektoren)

De kommunale tiltakene gjelder mange livsområder, som bolig, familie, arbeidsplass og skole/utdanning. Det er viktig at tiltakene tilpasses den enkelte pasient og at de understøtter hverandre. Pasienten kan f.eks. spørres om han/hun trenger bistand til tilrettelegging av arbeids- eller utdanningssituasjonen. For pasienter som ønsker slik bistand må det etableres et samarbeid mellom kommunen/fylkeskommunen/NAV og helsetjenesten.

Det er anbefalt at **koordinerende enhet** bidrar til samhandling og koordinering også med andre fagområder, og er pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. (Dette utdypes i Helsedirektoratets veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet).

Rehabilitering

Kreftbehandling kan være en stor belastning og påvirke både fysisk og psykisk helse. Rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov bør være mest mulig integrert i behandlingsforløpet. For de fleste brukere vil tyngdepunktet av

[3] Se også Norsk forening for allmennmedisin sine anbefalinger om samarbeid mellom fastleger ogsykehus.(https://www.legeforeningen.no/contentassets/0fc7c1a3e4d347718f31a8c8a5f1120e/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf).

tjenestene de mottar være i kommunen. For en mindre gruppe vil rehabiliteringen ivaretas i spesialisthelsetjenesten.

(Helsedirektoratets veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet).

Psykisk helse

Den somatiske helsetilstanden henger nært sammen med den enkeltes psykiske helse og er en viktig forutsetning for god mestring og livskvalitet. I det helsefremmende og forebyggende helsearbeidet er det viktig at dette blir en integrert del av pasientens behandling og oppfølging. Det er viktig å vurdere endringer hos pasientene over tid. Behovet for psykisk helsehjelp er dynamisk gjennom et sykdomsforløp, og hjelpetiltakene bør ta hensyn til dette. Mer kunnskap om hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å fremme god psykisk helse finnes i Veileder sammen om mestring.

Bruk av digitale plattformer og digitale hjelpemidler

Pakkeforløp hjem innebærer ingen nye digitale løsninger, men baseres på eksisterende digitale løsninger. Ved fremtidig innføring av nye digitale løsninger – som f.eks. "digitale behandlingsplaner" - vil dette kunne styrke og forenkle samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene.

Noen sykehus/kommuner har utviklet egne verktøy og planer tilknyttet kommunikasjon og oppfølging av "sine" pasienter, og disse kan fortsatt benyttes i tilrettelegging av pasientforløpene.

Bruk av e-konsultasjon og andre digitale hjelpemidler kan brukes når det er mulig og hensiktsmessig, både til kommunikasjon mellom fastlege og pasient, og mellom ulike aktører/tjenesteytere.

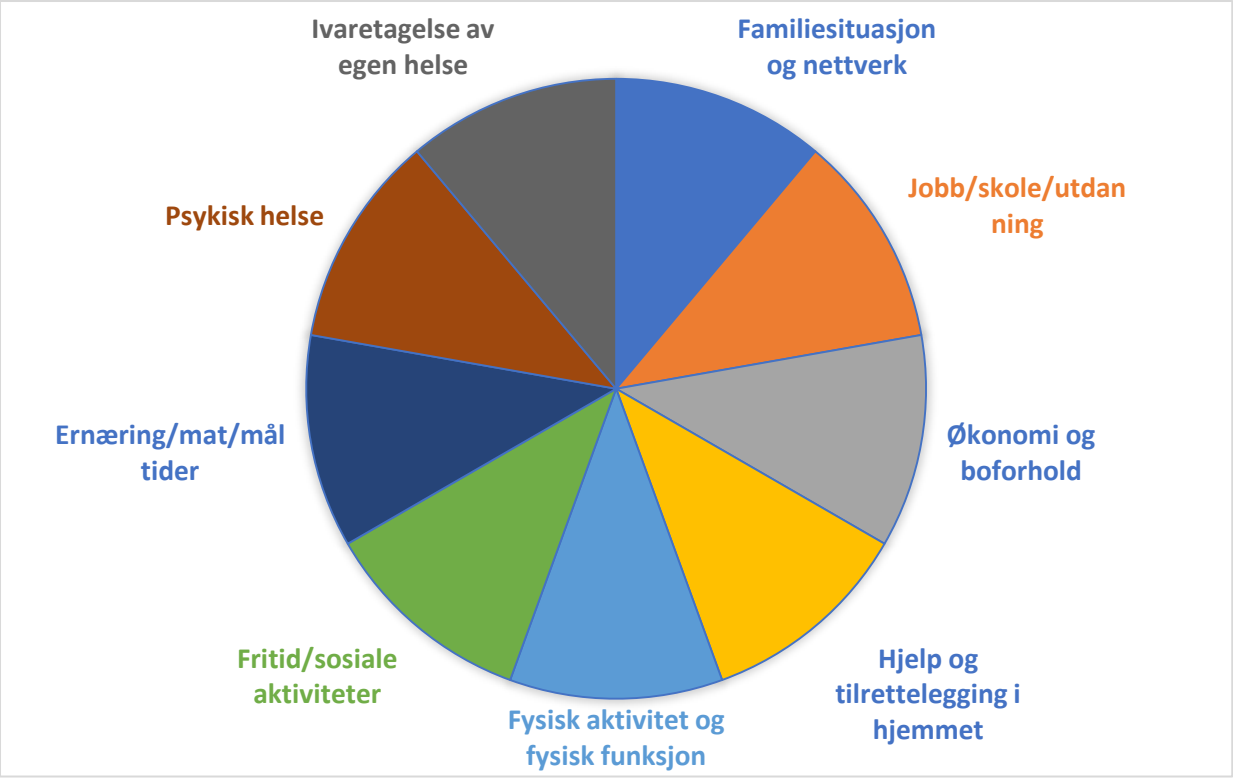
Behovskartlegging

Det anbefales benyttet utarbeidet sjekkliste eller et validert behovskartleggingsverktøy til bruk i samtalene med pasient og eventuelle pårørende. Sjekklisten i pakkeforløp hjem inkluderer ikke den medisinskfaglige behandlingen og oppfølgingen av pasienten - som ivaretas på andre måter - men temaer tilknyttet pasientens øvrige behov og livssituasjon. Sjekklisten og bruk av kartleggingsverktøy skal bidra til at kreftpasienters situasjon og ulike behov for oppfølging blir avdekket gjennom forløpets ulike faser, og det skal bidra til å sette fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient ut fra den livssituasjonen de er i.

Sjekklisten eller kartleggingsverktøyet bør gjennomgås ved hvert samhandlingspunkt, det vil si ved ulike faser i pasientens forløp. Det er viktig at informasjon om hvem som skal ivareta de nødvendige tjenestene til pasienten blir avklart, og at kontaktinformasjon blir formidlet til pasienten. (*Link til sjekkliste og behovskartleggingsskjema*)

Sjekkliste

Sjekklisten består av 9 temaområder som skal gi grunnlag for en strukturert behovskartlegging (Se nærmere beskrivelse over i punktet *Behovskartlegging*)



Behovskartleggingsverktøy

Dialogen i samhandlingspunktene kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det må sikres at temaområdene i sjekklisten blir en naturlig del av behovskartleggingen.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) har utviklet et "distress thermometer" som er validert og oversatt til norsk – *Termometer for grad av påkjenning.* Verktøyet inkluderer de samme temaområdene som sjekklisten. ***NCCN – National Comprehensive Cancer Network*** *– "Termometer for grad av påkjenning" (Finnes også i norsk oversettelse fra 2017.**https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/pdf/nccn_distress_thermometer.pdf***

NCCN skjemaet.pdf

Alle aktører i helse- og omsorgstjenesten som anvender et verktøy, må sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og de rettslige rammene som finnes (f.eks. lagring av data og personvern).

Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

Dokumentasjon og formidling

Resultatene av behovskartleggingen dokumenteres i den grad det er relevant og nødvendig for den videre oppfølgingen av pasienten.

Opplysningene skal i nødvendig utstrekning videreformidles til samarbeidende personell i tråd med regelverket, se veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator,

kapittel 5, om taushetsplikt og utveksling av opplysninger innen helse- og omsorgstjenesten og til andre sektorer. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/taushetsplikt-og-samtykke.

Informasjon og kommunikasjon med pasient og pårørende

Det bør på forhånd gis informasjon om at pasienten kan/bør ha med seg eventuelle pårørende eller støttepersoner til samtalen med helsepersonell, jf. samhandlingspunktene.

Informasjonen til pasient og pårørende bør gis både muntlig og skriftlig. Informasjonen som gis må være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Ved samhandlingspunktene skal det gis nødvendig kontaktinformasjon for kontakt med spesialisthelsetjenesten og kommunen, avhengig av hvilket tjenesteområde behovet er tilknyttet.

Målepunkt og koding

Der det fremkommer tider mellom to samhandlingspunkt, anses dette kun som anbefalte tidsrom, men de er ikke definert som "forløpstider" slik vi kjenner det fra andre pakkeforløp.

Ved samhandlingspunkt 1 – *Klinisk beslutning* - og samhandlingspunkt 2 – *Primær kreftbehandling igangsatt* – skal spesialisthelsetjenesten bruke NCMP-prosedyrekode **WMFG10** 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.* [4] *IS-regelverk, jf. punkt 6.24*

Denne koden skal benyttes både for pasienter som er i et av pakkeforløpene for kreft og de som ikke er i et kreftpakkeforløp.

Monitorering og evaluering

Pakkeforløp hjem vil monitoreres i spesialisthelsetjenesten ved at data om pasienter med kreftdiagnose sammenstilles med informasjon om hvorvidt behovskartlegging er gjennomført (jf. bruk av prosedyrekode WMFG10*).*

Pakkeforløp hjem vil evalueres ved at det inkluderes spørsmål til kreftpasienter om deres erfaringer med pakkeforløp hjem i Folkehelseinstituttets årlige pasientundersøkelse blant et utvalg voksne personer som blir utskrevet fra døgnopphold ved somatisk sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig.

Det kan på sikt iverksettes egne evalueringer av pakkeforløp hjem.

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

Roller og ansvar

Kontaktlege - *"Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c"* – jf. pasient og brukerrettighetsloven §2-5a.

Kontaktlegeordningen er en rettighet for pasientene og en plikt for spesialisthelsetjenesten. Innføringen av ordningen legger grunnlag for bedre organisering av tjenestene og pasientforløpene. Ordningen med kontaktlege endrer ikke de etablerte ansvarsroller mellom primær- og spesialisthelsetjenenesten. Mange kreftpasienter vil ha rett til kontaktlege. Veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet.

I pakkeforløp hjem (samhandlingspunktene) spesifiseres det ikke nærmere om "**lege**" er kontaktlegen. Det brukes gjennomgående betegnelsen "lege", uavhengig av om det i praksis er kontaktlegen som vil være aktuell i den beskrevne rollen/situasjonen.

Fastlege - *«Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere».* (jf. fastlegeforskriften § 19). Fastlegeforskriften – veileder med kommentarer, Den norske legeforening

Fastlegens rolle ved kreft: https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft

Mange pasienter får i den aktive fasen av kreftbehandlingen all ivaretagelse i spesialisthelsetjenesten, men en del pasienter har oppfølging hos fastlegen parallelt med at de mottar kreftbehandling. Det vil i mange tilfeller være aktuelt at fastlegene ivaretar den første behovskartleggingen i kommunen – jf. samhandlingspunkt 3 – men dette vil variere fra pasient til pasient, og er også avhengig av hvordan kommunen har organisert sin oppfølging av kreftpasienter.

Forløpskoordinator - Forløpskoordinatorene i spesialisthelsetjenesten har et delegert ansvar for, og myndighet til, å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten ikke-medisinskfaglig begrunnet ventetid. Det er virksomhetene selv som bestemmer hvor foreløpskoordinatorene er forankret, og hvem som skal ha denne rollen. Kontaktinformasjon til forløpskoordinatorene fremgår på virksomhetenes nettsider. Det er opp til helseforetakene å bestemme hvilken rolle forløpskoordinatorene skal ha i pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen - De fleste kommuner har et kontaktpunkt for helse og omsorgstjenester, ofte betegnet som *forvaltningsenhet/tildelingskontor/søknadskontor* e.l., med ansvar for søknadsbehandling, tverrfaglig behovsvurdering og å fatte vedtak om kommunale helse – og omsorgstjenester. Noen kommuner har servicetorg som henviser videre til riktig instans i kommunen. *Koordinerende enhet* kan også i mange tilfeller ligge under/i denne forvaltningsenheten/tildelingsenheten. I pakkeforløp hjem vil fellesbetegnelsen *forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen* brukes for denne funksjonen i kommunene.

Koordinerende enhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en lovpålagt enhet som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator til pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester – jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne funksjonen ligger i enkelte kommuner inn under forvaltningsenheten/tildelingsenheten.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten – Helseforetakene har plikt til å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11.

Den koordinerende enheten skal bl.a. bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Den koordinerende enheten i spesialisthelsetjenesten skal også ha oversikt over, og nødvendig kontakt, med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Kreftkoordinator - Omtrent halvparten av kommunene i Norge har en kreftkoordinator (56 %)[5]. En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste, og de kan ha ulike oppgaver, ansvar og roller i ulike kommuner. Ofte er de organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt. Hvilken rolle kreftkoordinatoren skal ha i pakkeforløp hjem må avklares i den enkelte kommune, men det bør legges til rette for at kreftkoordinator, eller annen kontaktperson, har et tett samarbeid med både koordinerende enhet og forvaltning-/tildelingsenheten i kommunen.

Koordinator – Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2: "*For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan*."

Barnekoordinator - For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, foreligger det et lovforslag p.t. om rett til barnekoordinator i kommunen. Dersom dette vedtas, vil det naturlig inngå i pakkeforløp hjem. Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

Begreper og definisjoner

Samhandlingspunkt - Møteplasser mellom pasient (pårørende) og tjenesten med gitte aktiviteter som skal sikre at pasientens behov blir avdekket og fulgt opp videre i pasientforløpet.

Melding – Med melding i pakkeforløp hjem menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler som holder sikkerhetsnivå 4, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), poliklinisk notat eller via elektronisk melding (EDI), eller eventuelt telefonkontakt/møter.

Klinisk beslutning - Etter endt utredning tas det beslutning om sykdomstilstand, om anbefalt behandling og om behandlingen har kurativt eller palliativt siktemål. Endelig beslutning om behandling tas i samråd med pasienten.

Støttebehandling - Støttebehandling er forebygging og behandling av symptomer, komplikasjoner og bivirkninger av kreftbehandlingen. Behovet for slik støttebehandling varierer gjennom pasientforløpet, og beskrives nærmere i pakkeforløpene for kreft der dette er relevant.

[5] Beregnet etter tall som fremkommer på Kreftforeningens nettsider: https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/ (*Hvilke kommuner har kreftkoordinator?)*

Forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen - De fleste kommuner har et kontaktpunkt for helse og omsorgstjenester, ofte betegnet som *forvaltningsenhet/tildelingskontor/søknadskontor* e.l., med ansvar for søknadsbehandling, tverrfaglig behovsvurdering og å fatte vedtak om kommunale helse – og omsorgstjenester. Noen kommuner har servicetorg som henviser videre til riktig instans i kommunen. *Koordinerende enhet* kan også i mange tilfeller ligge under/i denne forvaltningsenheten/tildelingsenheten. I pakkeforløp hjem vil fellesbetegnelsen *forvaltningsenhet/tildelingsenhet i kommunen* brukes for denne funksjonen i kommunene.

Koordinerende enhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en lovpålagt enhet som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator til pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester – jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne funksjonen ligger i enkelte kommuner inn under forvaltningsenheten/tildelingsenheten.

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten – Helseforetakene har plikt til å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering - jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11.

Den koordinerende enheten skal bl.a. bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Den koordinerende enheten i spesialisthelsetjenesten skal også ha oversikt over, og nødvendig kontakt, med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Koordinator - Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2: "*For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan*."

Forløpskoordinator – I forbindelse med innføring av pakkeforløpene for kreft i 2015, ble det etablert forløpskoordinatorstilling ved alle sykehus som utreder og behandler kreft. Forløpskoordinatorene skal ha tett og løpende kontakt med pasienten og involverte instanser. Helseforetakene bestemmer hvilken rolle forløpskoordinatorene skal ha i pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Barnekoordinator - For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, foreligger det et lovforslag p.t. om rett til barnekoordinator i kommunen. Dersom dette vedtas, vil det naturlig inngå i pakkeforløp hjem. Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

Kreftkoordinator - Omtrent halvparten av kommunene i Norge har en kreftkoordinator (56 %)[6]. En kreftkoordinator er ikke en lovpålagt tjeneste, og de kan ha ulike oppgaver, ansvar og roller i ulike kommuner. Ofte er de organisert som et lavterskeltilbud med den hensikt at pasienter og pårørende lett kan ta kontakt. Hvilken rolle kreftkoordinatoren skal ha i pakkeforløp hjem må avklares i den enkelte kommune, men det bør legges til rette for at kreftkoordinator, eller annen kontaktperson, har et tett samarbeid med både koordinerende enhet og forvaltning-/tildelingsenheten i kommunen.

[6] Beregnet etter tall som fremkommer på Kreftforeningens nettsider: https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/ (*Hvilke kommuner har kreftkoordinator?)*

Lovverk, retningslinjer, veiledere og faglige råd

Lov og forskrift

Tekst er under utarbeidelse!

Nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp

Det faglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter beskrives ikke i pakkeforløp hjem. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram) (https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft)

I 2015 ble det implementert 28 diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft, ett diagnostisk pakkeforløp og ett for metastaser uten kjent primærtumor, med tilhørende diagnoseveiledere for fastlegene og informasjonsskriv til pasientene.

- Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft - Helsedirektoratet
- Pakkeforløp for kreft - Diagnoseveiledere - Helsedirektoratet
- Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten - Helsedirektoratet

Veiledere og faglige råd

- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet
- Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, Helsedirektoratet
- Veileder: Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet
  Hva er viktig for deg? https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring
- Fastlegens rolle ved kreft - Helsedirektoratet
- Fysioterapi ved kreft
- Seneffekter etter kreftbehandling
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak - Helsedirektoratet. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalene skal bl.a. inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (Jf. §6-2, punkt 2).

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/parallell 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 overenstemmelse 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 overenstemmelse 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 overenstemmelse 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 overenstemmelse 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/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 overenstemmelse 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.

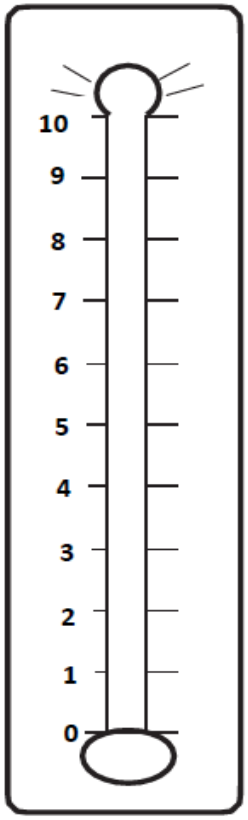
National Comprehensive Cancer Network®

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
❑	❑	Omsorg for barn
❑	❑	Bolig
❑	❑	Økonomi /Forsikring
❑	❑	Transport
❑	❑	Jobb/skole/utdanning
❑	❑	Beslutninger om behandling
		Familiære problemer
❑	❑	Forhold til barn
❑	❑	Forhold til partner
❑	❑	Mulighet til å få barn
❑	❑	Helseproblemer i familien
		Emosionelle problemer
❑	❑	Depresjon
❑	❑	Frykt
❑	❑	Nervøsitet
❑	❑	Nedstemthet
❑	❑	Bekymringer
❑	❑	Tap av interesse for vanlige aktiviteter
❑	❑	**Åndelige/religiøse bekymringer**

JA	NEI	Fysiske problemer
❑	❑	Utseende
❑	❑	Hygiene/påkledning
❑	❑	Pusten
❑	❑	Endringer i vannlating
❑	❑	Forstoppelse
❑	❑	Diaré
❑	❑	Spising
❑	❑	Tretthet
❑	❑	Føle seg oppblåst
❑	❑	Feber
❑	❑	Mobilitet (ta seg frem)
❑	❑	Fordøyelse
❑	❑	Hukommelse/konsentrasjon
❑	❑	Sår i munnen
❑	❑	Kvalme
❑	❑	Tørr/tett nese
❑	❑	Smerter
❑	❑	Seksualitet
❑	❑	Tørr/kløende hud
❑	❑	Søvn
❑	❑	Rusmisbruk
❑	❑	Prikking i hender/føtter

Andre problemer: _____

_____

Version 2.2017, 09/07/17 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2017, All rights reserved. The NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN®.