

# Hjem for pasienter med kreft (gjelder fra 1. januar 2022)

## Pakkeforløp

---

Først publisert: 29. desember 2021

Sist faglig oppdatert: 29. desember 2021



# Innhold

1. Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose .....	3
2. Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose .....	6
3. Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen 12–18 måneder etter en kreftdiagnose .....	8
4. Om pakkeforløpet .....	11

# Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose

---

## Aktivitet

### Samtale med behovskartlegging

Det bør gjennomføres en samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging etter at pasienten er informert om sin kreftdiagnose. Det vil variere når det passer å gjennomføre en slik samtale. Samtalen skal ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre en behovskartlegging.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Pasienter som ikke ønsker en samtale med behovskartlegging bør spørres igjen på et senere tidspunkt.

#### Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av lege eller sykepleier, eventuelt forløpskoordinator eller annet helsepersonell i helseforetaket. Det er opp til helseforetaket å bestemme hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Hvis pasienten overføres til et annet helseforetak i forbindelse med kreftbehandlingen, bør helseforetakene bli enige om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

#### Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

#### Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

### Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten informeres i samtalen om tilbud om ny samtale med behovskartlegging etter 3–4 måneder (jf. samhandlingspunkt 2).
- Pasienten selv, eventuelt med bistand fra sykehuset, gjør avtale om neste samtale med fastlege eller kontaktpunkt i kommunen.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft (brukerorganisasjoner, Vardesenteret, Pusterommet, m.fl.).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

---

## Aktivitet

### Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til kontaktpunktet i kommunen

Kommunene bør ha kontaktpunkt for henvendelser i forbindelse med pakkeforløpet som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det bør gjøres lokale avtaler i kommunen om hvilke kontaktpunkt som skal benyttes.

Aktuelle kontaktpunkt kan være forvaltningsenhet/tildelingsenhet, koordinerende enhet, fastlege, kreftsykepleier, kreftkoordinator o.l.

---

og/eller andre aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellets dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

### **Registrering av behovskartlegging**

Det skal registreres en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP den dagen behovskartleggingen er gjennomført. Prosedyrekoden skal benyttes for alle pasienter med kreftdiagnose, uavhengig av om pasienten er i et pakkeforløp for kreft fra før eller ikke.

**Kode:** WMFG10 Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering).

## Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose

---

### Aktivitet

#### Samtale med behovskartlegging

En ny samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging bør gjennomføres ca. 3–4 måneder etter at pasienten ble informert om sin kreftdiagnose. Samtalen bør bygge på behovskartleggingen som ble gjennomført ved samhandlingspunkt 1. Samtalen må ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre behovskartlegging.

Det er viktig at nye punkter som har kommet til etter samhandlingspunkt 1 tas opp, og at den som gjennomfører samtalen har kjennskap til kommunens tjenester og tilbud.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Pasienter som ikke ønsker en samtale med behovskartlegging bør spørres igjen på et senere tidspunkt.

#### Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege, kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell i kommunen. Det bør gjøres lokale avtaler om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

#### Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

#### Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

### Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten og den som gjennomfører behovskartleggingen bør avtale et tidspunkt for ny behovskartlegging ca. 12–18 måneder etter at pasientene fikk sin kreftdiagnose, jf. samhandlingspunkt 3.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft og som de selv kan kontakte ved behov (f.eks. brukerorganisasjoner og kommunale frisklivssentraler).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-5](#).

---

## Aktivitet

### Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette, bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellens dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

## Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen 12–18 måneder etter en kreftdiagnose

---

### Aktivitet

#### Samtale med behovskartlegging

Det bør gjennomføres en ny samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging ca. 12–18 måneder etter at pasienten ble informert om sin kreftdiagnose. Samtalen bør bygge på behovskartleggingene som er gjennomført ved samhandlingspunkt 1 og 2. Samtalen må ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre behovskartlegging.

Det er viktig at nye punkter som har kommet til etter samhandlingspunkt 2 tas opp, og at den som gjennomfører samtalen har kjennskap til kommunens tjenester og tilbud.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

#### Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege, kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell i kommunen. Det bør gjøres lokale avtaler om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

#### Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

#### Behovskartleggingsverktøy



Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

### Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten bør informeres om kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten og kontaktpunkt i kommunen de kan kontakte ved behov for videre oppfølging.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft og som de selv kan kontakte ved behov (f.eks. brukerorganisasjoner og kommunale frisklivssentraler).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

---

## Aktivitet

### Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette, bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellens dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

### Avslutning av pakkeforløpet

Det er det siste samhandlingspunktet i pakkeforløpet. Det betyr ikke at oppfølgingen av pasienten avsluttes. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester bør fortsette så lenge pasienten har behov for det.



## 4

# Om pakkeforløpet

## Målene med pakkeforløpet

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft eller etter endt kreftbehandling.

Pakkeforløpet skal bidra til:

- økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring.
- mer systematisk avdekking av pasientens individuelle behov, dvs. behov som går utover kreftbehandling og oppfølging, og er tilknyttet pasientens livssituasjon og hva som er viktig for den enkelte pasient.
- at pasientens behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging.
- mindre uønsket variasjon i pasientens oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor.
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med pasienten.
- økt trygghet for pasienten når pasienten overføres mellom tjenestenivåene.

Det medisinskfaglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft beskrives ikke. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram) og faglige råd, se oversikt på [temaside om kreft](#).

## Hvem som omfattes av pakkeforløpet

Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av 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 også barn. For nærmere informasjon om oppfølging av barn med kreft, se:

- [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn](#)
- [Palliasjon til barn og unge](#)
- [Nasjonal pårørendeveileder](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)

## Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for pasienter med kreft 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, se oversikt på [temaside om kreft](#).

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft har hovedfokus på kartlegging av pasientenes behov utover selve kreftbehandlingen og oppfølgingen.

De fleste pasienter med kreft vil både være inkludert i et diagnosespesifikt pakkeforløp og i dette pakkeforløpet samtidig, men ikke alle. Pasienter som har fått sin kreftdiagnose etter at de er henvist for andre sykdommer, og ø-hjelpspasienter, er eksempler på pasienter som ikke alltid er inkludert i et av de 26 diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft, men som skal inkluderes i dette pakkeforløpet.

Pakkeforløpene for kreft skal oppdateres (2022) for å integrere dette pakkeforløpet.

## **Dette består pakkeforløpet av**

Pakkeforløpet består av tidsavgrensede samhandlingspunkter. Samhandlingspunktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og eventuelt pårørende), inkludert behovskartlegging. Tidsrommene som angis mellom samhandlingspunktene er ikke definert som "forløpstider" slik vi kjenner det fra andre pakkeforløp.

Pakkeforløpet inneholder 3 samhandlingspunkt:

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

Behovskartleggingen skal bidra til at pasientenes livssituasjon og ulike behov for oppfølging blir avdekket gjennom forløpets ulike faser, og til å sette fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient.

Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, skal dokumenteres i pasientens journal og formidles til aktører som skal følge opp pasienten videre.

## **Avslutning av pakkeforløpet**

Siste samhandlingspunkt i pakkeforløpet er 12–18 måneder etter at pasientene har fått en kreftdiagnose. Det betyr ikke at oppfølgingen av pasienten avsluttes. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester fortsetter så lenge pasienten har behov for det.

## **Ansvarsforhold og samhandling**

Ansaret for ivaretagelse og oppfølging av de ulike stegene i pakkeforløpet er ikke spesifisert utover å peke på hvilke av tjenestenivåene som har et hovedansvar. For øvrig vises det til gjeldende regelverk som regulerer spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og samhandling mellom tjenestenivåene. Samhandlingen er også regulert i lokale samhandlingsavtaler og rutiner.

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#) legger rammer for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, blant annet gjennom helsefellesskap og tjenestemodeller for prioriterte pasientgrupper. Helsefellesskapene vil være aktuelle samarbeidsarenaer for å etablere avtaler og rutiner i forbindelse med pakkeforløpet.

## Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene bør ha et kontaktpunkt som aktuelle aktører i kommunen kan kontakte i forbindelse med pakkeforløpet. Det er opp til helseforetakene å beslutte hvilket kontaktpunkt som skal benyttes.

## Kontaktlege

Alle pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege. Ordningen er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og i spesialisthelsetjenesteloven. [Veileder om ordningen: Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#).

## Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunene bør ha kontaktpunkt for henvendelser i forbindelse med pakkeforløpet som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det bør gjøres lokale avtaler i kommunen om hvilke kontaktpunkt som skal benyttes.

Aktuelle kontaktpunkt kan være forvaltningsenhet/tildelingsenhet, koordinerende enhet, fastlege, kreftsykepleier, kreftkoordinator o.l.

## Individuell plan og koordinator

Pasienter med kreft har på lik linje med andre rett til individuell plan og koordinator dersom de har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 \(lovdata.no\)](#).

## Samhandling med arbeids-, utdannings- og velferdssektoren

De kommunale tjenestene gjelder mange livsområder, som bolig, familie, arbeidsplass og skole/utdanning. Det er viktig at tiltakene som iverksettes er tilpasset den enkelte pasient og at de understøtter hverandre. Ved behov bør det etableres et samarbeid mellom helsetjenesten og andre aktører.

## Bakgrunn og oppdrag

I mars 2018 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag:

*"Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide pakkeforløp hjem (for kreftpasienter), pakkeforløp eller annet normerende budskap/produkt innen CFS/ME og utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker, med særlig fokus på rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet vil spesifisere oppdragene om pakkeforløp i eget brev."*

*"Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste"*.

# Kunnskapsgrunnlaget

Pakkeforløpet er utviklet med bakgrunn i faglige råd og nasjonale faglige retningslinjer på kreftområdet, kliniske erfaringer og brukererfaringer.

Kunnskap om hva som er viktig for pasientene ble innhentet i tidlig fase av arbeidet gjennom intervjuer med pasienter, pårørende og helsepersonell.

Innspill fra representantene fra spesialisthelsetjenesten, kommunene, pasient- og brukerorganisasjoner og aktuelle interesse- og fagorganisasjoner som har vært deltakere i ressursgruppe og referansegruppe (se lister under), har også bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Pakkeforløpet har vært på ekstern høring, og alle innspill er samlet og gjennomgått på en systematisk måte.

## Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, råd og pakkeforløp

- [Nasjonale handlingsprogrammer for kreft](#)
- [Generell informasjon – Pakkeforløp for kreft](#)
- [Diagnoseveiledere – Pakkeforløp for kreft](#)
- [Palliasjon i kreftomsorgen](#)
- [Palliasjon til barn og unge](#)
- [Fastlegens rolle ved kreft](#)
- [Fysioterapi ved kreft](#)
- [Seneffekter etter kreftbehandling](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)
- [Pårørendeveileder](#)
- [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#)
- [Handlingsplan for fysisk aktivitet \(regjeringen.no\)](#)
- [Kommunale frisklivssentraler](#)
- [Aktivitetshåndboken](#)

## Implementeringsplan

[Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter 2022–2023](#)

## Monitorering og evaluering

Pakkeforløpet 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 pasientene om deres eventuelle erfaringer med pakkeforløp hjem for pasienter med kreft 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 nasjonale evalueringer av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

# Arbeidsgrupper

## Ressursgruppe

- Akershus Universitetssykehus, Samhandlingssjef, Bente Gerner
- Aktiv for kreft, Helle Arnesen
- Alta kommune, Helena Marie Hykkerud
- Askøy kommune, Tone Steinfeld
- Barnekreftforeningen, Britt Ingunn Wee Sævig
- Brystkreftforeningen, Ellen Harris Utne
- Finnmarkssykehuset, Tina-Agnete Bønå
- Fransiskushjelpen, Saskia Berdahl og Kikki Marie Sveum (vara)
- Kreftforeningen, Elin Stoermann-Næss
- Kristiansand kommune, Virksomhet Helsefremming og innovasjon, Frisklivssentralen, Hilde Tørring Enoksen
- Leder av arbeidsgruppen for seneffekter etter kreft (Hdir), Cecilie E. Kiserud, OUS
- Lungekreftforeningen, Cecilie Bråthen
- Nannestad kommune, Line Finstad
- Nittedal kommune, Anne Lindalen
- NORILCO, Roy Aleksander Farstad
- Norsk forening for allmenntmedisin, Annette Fosse
- Norsk forening for palliativ medisin, Siri Brelin
- Norsk onkologisk forening, Astrid Dalhaug
- Norsk Palliativ forening, Martina Tønnies
- Norsk sykepleierforbund, Faggruppen for Kreftsyepleiere (FKS), Mona Grytten
- Onkologisk faggruppeleder (prostata), Andreas Stensvold
- Oslo Universitetssykehus, Kreftklinikken, Sjur Bjørnar Hansen
- Oslo kommune, helse og omsorg, Sagene bydel, Anne Lorentse Onarheim
- Oslo universitetssykehus, Kreftklinikken, Torhild Birkeland
- Oslo Universitetssykehus, Samhandlingssjef, Bente Thorsen
- Prosjekt Palliativ plan/plan for lindring i Møre og Romsdal, Tanja Yvonne Alme
- Prostatakreftforeningen, Hans-Fredrik Donjem
- Pårørendealliansen, Anita Vatland
- Ringsaker kommune, Primærhelseteam, Emilie Risheim
- Tromsø kommune/UNN, Pasientsentrert helsetjenestetteam, Birgitte Forsaa Åbotsvik
- Universitetssykehuset i Nord-Norge, Koordinerende enhet, Audhild Høyem

## Referansegruppe

- Helse Nord RHF: Astrid Dalhaug og Kari Margrethe Larsen
- Helse Sør-Øst RHF: Gunvor Øfsti og Tone Westby
- Helse Midt RHF: Turid Lund og Morten Thronæs
- Helse Vest RHF: Guro Ringen Rana og Gjertrud Jacobsen
- KS Sentralt: Torunn Risnes
- KS Nord Norge: Lisa Friborg
- KS Vest: Elin Wetås Jara
- Ergoterapiforbundet: Malin Mongs
- Fagforbundet: Eskild Hustvedt
- FFO/SAFO: Rolf Ledal, generalsekretær i Hjernesvulstforeningen
- Kliniske ernæringsfysiologers forening (KEFF): Malene Slott og Martine Espeland (vara)
- Kreftforeningen: Elin Kristine Wilson Horn

- Kristiansand kommune: Lisbeth U. Bergstøl
- Norsk forening for allmennmedisin: Andreas Pahle
- Norsk Forening for Ernæringsfysiologer: Linn Tryfoss Gerhardsen
- Norsk fysioterapiforbund: Heidi Tjugum
- Norsk sykepleierforbund: Karin Kvande Anda
- Oslo kommune: Odd Rune Andersen
- Psykologforeningen: Tone Hansen
- Tannlegeforeningen: Kirsten N. Ahlsen

## Implementeringsgruppe

- Andreas Stensvold, Sykehuset Østfold
- Geir Arne Larsen, Akershus universitetssykehus HF
- Lene Thorsen, Oslo universitetssykehus
- Tone Steinfeld, Askøy kommune
- Guro Ringen Rana, Helse Vest RHF
- Tanja Yvonne Alme, Sula kommune
- Hans-Fredrik Donjem, Prostatakreftforeningen
- Elin Wetås Jara, KS Vest – Rogaland
- Vibeche Fahsing, Kreftforeningen
- Siv Tove Engebråten, Psykologforeningen
- Cecilie Kiserud, Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreft, OUS
- Harald Roar Lind, Fag- og kvalitetssenteret, UNN
- Øyvind Antonsen, Akershus universitetssykehus HF
- Kristine Lindhjem, Kreftkoordinator Sykehuset i Vestfold HF
- Line Finstad, Kreftkoordinator, Nannestad kommune
- Anders Vege, Folkehelseinstituttet

## Ressurser

- [Hva er viktig for deg? \(fhi.no\)](http://fhi.no)
- [Rehabiliteringstelefonen](#)
- [Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering. Sunnaas sykehus](#)
- [Pusterommet \(aktivmotkreft.no\)](http://aktivmotkreft.no)
- [Vardesenteret \(kreftforeningen.no\)](http://kreftforeningen.no)
- [Oversikt over kommuner med frisklivssentral](#)

## Kontakt

pakkeforlophjem@helsedir.no



