

*INSATSER INOM CANCERSTRATEGIN 2010 – 2012*

# Individuella vårdplaner inom cancervården

ÄNNU BÄTTRE CANCERVÅRD – DELRAPPORT 10

## Innehåll

Bakgrund .....	3
Uppdraget.....	3
Regionala cancercentrums uppgift.....	3
Syfte .....	3
Arbetsätt .....	4
Patienterna först .....	4
Förankring .....	4
Omvärldsbevakning .....	4
Så används vårdplan i England .....	4
Närstående viktiga.....	5
Lärdomar från studieresorna .....	6
Resultat .....	6
Fortsatt arbete .....	7
Bilagor .....	8

## Bakgrund

I en den nationella cancerstrategins betänkande anges att sjukvården ska arbeta för likvärdig god vård för alla cancerpatienter och att vårdens processer ska effektiviseras och utvecklas med ett tydligt patientperspektiv. En viktig uppgift för vården är att uppnå en för patienten väl sammanhållen vårdprocess med helhetsperspektiv för den enskilda cancerpatienten.

För att säkerställa att patient och närstående ska kunna vara delaktiga och få individuellt anpassad information samt möjlighet att välja behandlingsalternativ behövs väl fungerande informationssystem genom hela vårdkedjan. En välinformerad patient som är delaktig känner sig ofta tryggare. Med ökad kunskap kan patienten aktivt medverka till att målen med vård och behandling uppnås samt att säkerhetsrisker kan förebyggas. I förlängningen leder detta ofta till bättre livskvalitet för patienten och ökad trygghet för de närstående. Alla cancerpatienter ska därför erbjudas en individuell vårdplan.

## Uppdraget

I överenskommelsen 2011 mellan staten och SKL om insatser i enlighet med cancerstrategin skulle SKL under 2012 utforma exempel på individuella vårdplaner som kan användas för patienter inom cancervården. SKL skulle också verka för att användning av vårdplaner implementeras nationellt. Arbetet skulle utföras i samverkan med regionala cancercentrum och i samarbete med patientföreträdare. Till projektledare utsågs Nicole Silverstolpe, ställföreträdande chef vid Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

## Regionala cancercentrums uppgift

Regionala cancercentrum (RCC) arbetar samtliga med att uppfylla de kriterier som Socialdepartementet angivit. Ett av dessa kriterier handlar om patientens ställning i cancervården. RCC arbetar för att individuell vårdplan ska finnas och följa med patienterna genom vårdprocessen. Ett annat kriterium handlar om att utveckla vårdens processer. Utveckling av effektiva vårdprocesser ska öka tillgänglighet för patienten och förbättra kontinuiteten i vården, samtidigt som vårdprocesserna ska värna patientens integritet. Vården ska bygga på respekt för patienten och rätten till delaktighet samt möjligheten till att påverka beslut runt den egna vården. Effektiva vårdprocesser kan leda till förbättrade resultat och effektivare utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser till gagn för patienterna och deras närstående.

## Syfte

Framtagandet av en individuell vårdplan syftar till att skapa begriplighet och transparens i en komplex vårdprocess. Planen ska göra det lättare att tillgodose patientens och de närståendes behov av att kunna påverka delar av processen och göra egna aktiva val. En individuell vårdplan kan bidra till att patienter och närstående blir delaktiga, får individuellt anpassad information och kan medverka i planeringen med aktiva val under patientens väg genom vården.

Individuell vårdplan ska öka tryggheten genom att patienten får kunskap om sin process, tydligt angivna kontaktpersoner och kontaktvägar samt en planering av fortsatt utredning eller behandling. En individuell vårdplan stärker därmed patientens och de närståendes ställning och bidrar till målen om en säker och jämlik cancervård.

## Arbetsätt

### **Patienterna först**

Projektet startade med möten tillsammans med företrädare för patientföreningar inom cancerområdet. Vid dessa möten inventerades behoven och syftet med en individuell vårdplan diskuterades.

När syftet definierats skapades en multiprofessionell referensgrupp bestående av representanter från respektive RCC för att bistå i det fortsatta arbetet (bilaga 1). Referensgruppen liksom patientföreningarna har inventerat vad som finns framtaget i form av vårdplaner.

Resultatet har bearbetats gemensamt av företrädare för patientföreningarna och referensgruppen från RCC. Tillsammans har grupperna därefter tagit fram förslag på vad en generisk vårdplan bör innehålla och vilka delar av vårdprocessen den bör täcka in.

Det finns idag ett begränsat utbud av vårdplaner framtagna för gruppen cancerpatienter, men det pågår ett flertal arbeten inom olika regioner i Sverige, som syftar till att kunna använda det generiska förslaget som nu föreligger.

Under året har ett flertal möten ägt rum varav fem har hållits tillsammans med företrädare för patientföreningarna. Vid dessa möten har gruppen diskuterat innehållet, vad som måste uppnås för att vårdplanerna ska fylla syftet för patienten och hur formuleringarna ska vara för att innehållet ska svara mot patientens behov av information och fortsatt planering.

### **Förankring**

Förankring av de förslag som tagits fram har skett i olika referensgrupper. De respektive patientföreningarna har bildat referensgrupper med sina medlemmar och företrädarna från RCC har vänt sig till olika grupperingar inom den egna regionen för att skapa referensgrupper.

Processledare och kontaktsjuksköterskor, patient- och närstående råd är exempel på referensgrupper som bidragit under arbetets gång. RCC samverkansgrupp har informerats fortlöpande under året.

### **Omvärldsbevakning**

Projektledaren har genomfört två studieresor för att samla in erfarenheter och lärdomar från England och USA. Dessa har förmedlats till arbetsgrupp och RCC i samverkan och utgjort ett värdefullt bakgrundsmaterial i arbetet.

### **Så används vårdplan i England**

På några sjukhus i England arbetar man med vårdplaner. Syftet med besöket var att få kännedom om hur och av vem individuell vårdplan upprättades. Ett annat syfte var att få en uppfattning om viken nytta patienterna ansåg sig ha av en plan.

Det visade sig att den planering som var tänkt att ske i samband med att patienten fick sin diagnos endast kommit till stånd i ungefär 20 procent av fallen. Fler hade dock haft ett samtal med sin kontaktsjuksköterska, där man gjort en skriftlig sammanfattning efter avslutad behandling.

Enligt kontaktsjuksköterskorna vittnade många patienter om att de kände sig övergivna efter avslutad behandling, något som delvis kunde avhjälpas med en

sammanfattning av cancerbehandlingen och ett erbjudande om att delta i uppföljande verksamhet.

Sammanfattningen uppfattades av patienten som en karta ”när man ska ut i världen igen”. Den skrevs av kontaktsjuksköterskan tillsammans med patienten och syftade till att klargöra vad som gjorts och varför. Den anger också vad patienten ska vara uppmärksam på framöver och vart patienten ska vända sig efter avslutad behandling. Under samtalet gavs även information om vad som erbjuds i form av utbildning och stöd.

Sammanfattningen skickades även till ansvarig primärvårdsläkare (”GP”) och betraktades som en uppskattad och viktig informationsöverföring. Många primärvårdsläkare ansåg sig inte vara fullt uppdaterade på hur behandlingen för olika tumörformer fungerar och vad de ska vara vaksamma på för patienten framöver.

Personalen och patienterna ansåg att individuell vårdplan och sammanfattningen av given behandling utgjorde viktiga instrument för både patienten och i ett senare skede även primärvården.

En viss tidsåtgång för arbetet med att sammanställa dessa dokument tillsammans med patienten måste planeras för och lämplig person att ansvara för arbetet ansågs vara kontaktsjuksköterskan. Valda delar av arbetet kan med fördel delegeras till sekreterare eller motsvarande för att patienten ska få ett komplett material bestående av den egna vårdprocessen samt information och råd.

Ett nytt arbete som påbörjats för att säkerställa patientens tillgång till adekvat information på rätt sätt var att läkaren ordinerar vilken information som patienten ska ha. Informationen hämtas sedan ut av patienten från biblioteket eller annan angiven plats. Motsvarigheten till webbtjänsten 1177.se arbetade med uppdaterad information om cancer och livsstilsfrågor.

### **Närstående viktiga**

I USA studerades en modell där fundamenten bygger på patientmedverkan och patientdelaktighet på en mycket hög nivå. Nyckelorden handlade om patientens självständighet, värdighet och individuella val. Detta innebar att man strävar efter att alltid erbjuda individanpassad vård och personligt omhändertagande av patienten och de närstående. Man poängterade vikten av närvarande familj, vänner och social support. Till exempel uppmuntrades närstående till närvaro även i kritiska situationer såsom invasiva ingrepp.

Patientutbildning och tillgång till information var viktigt. Sjukdom sågs som ett möjligt lärande där patienten och de närstående kan växa med den kunskap de får om sig själva och om tillståndet. Genom att lära ut livsstilsrelaterad kunskap kan patienten få ett bra eller till och med bättre liv efter sjukdom.

Den fysiska miljön var viktig för tillfrisknandet. Det fanns utrymmen för avskildhet och för sociala aktiviteter, miljön både ute och inne var noggrant planerad tillsammans med patienter och personal för att skapa utrymmen för alla typer av behov.

Stor kraft lades vid att sälla i informationsflödet (”Lapp-sjukan”), som möter den som kommer in på sjukhuset. Man eftersträvade att uppmuntra patienter och närstående samt personalen att använda sina inneboende krafter till att öka välbefinnandet. Ett sätt var genom att facilitera utrymmen som inspirerade till meditation, rörelse och skapande verksamhet.

Vikten av beröring belystes på många sätt. Erbjudanden om att kunna använda alternativa behandlingar fanns för de som önskade, dock med tydlig gränsdragning för att de alternativa metoderna endast var till för att öka välbefinnandet och inte bota.

### **Lärdomar från studieresorna**

Studiebesöken och mötena med grupperna på de olika sjukhusen, samt diskussionerna med kollegor visar att det går att arbeta transparent och låta patienter och deras närstående ta en väsentligt större del i utformningen av den vård han eller hon behöver. Vården blir säkrare och patienter och personal upplever större tillfredsställelse när de arbetar med patientcentrerad vård. Det arbete med att stärka patientens ställning som pågår i Sverige är angeläget. Vi kan lära mycket av erfarenheter som andra länder fått genom de förändringsarbeten som genomförts i syfte att arbeta med patientcentrerad vård.

### **Resultat**

Behovet av individuell vårdplan ser mycket olika ut för olika grupper av patienter. För vissa patienter är tiden då utredningen pågår den mest traumatiska. För dessa är det viktigt att vårdplanen startar redan i detta skede. För andra kan det vara då diagnos meddelas patienten. Individuell vårdplan ägs av patienten och upprättas av patienten och kontaktsjuksköterska eller motsvarande tillsammans. Vårdplanen (bilaga 2), innehåller tre delar. Den första delen används under utredning av misstänkt cancer. Den andra delen används då patienten behandlas för cancer och den tredje delen är en sammanfattning av given behandling och vård samt information om sjukdomen.

Den individuella vårdplanen ska enligt förslaget innehålla

- uppgifter om namn på ansvarig läkare
- namn och telefonnummer till kontaktsjuksköterska
- uppgifter om vart man vänder sig vid tider då kontaktsjuksköterskan inte finns att tillgå eller vid akuta behov
- patientens behov och önskemål om information samt vilka som får ta del av information om patienten (punkten avser att tydliggöra på vilket sätt patienten vill ha information och hur mycket individen vill veta).

Uppgifter om vilken sjukdom patienten utreds för i första skedet (och senare vilken diagnos patienten fått) vilka undersökningar/behandlingar som ska göras samt en tidsplanering i form av en grafisk tidslinje ska finnas med. Tidslinjen syftar till att öka förståelsen för när saker ska ske och ungefär när man kan förvänta sig att vara klar med de olika momenten.

Det är viktigt att påpeka att tidsplanen måste vara preliminär och att patienten får information om varför det är så. Arbetsgruppen har varit överens om att tidsaspekten är en viktig fråga för många, och att även ungefärliga tidsangivelser har en funktion att fylla.

Vårdplanen ska innehålla punkter som säkerställer att patienten får information om vårdens skyldigheter, till exempel förnyad medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och vårdval. I planen ska även ingå delar som handlar om egenvård, rehabilitering och symtomlindring under olika delar av patientprocessen.

En fråga handlar om vad som är viktigt för patienten nu, och syftar till att patienten ska kunna lyfta den eller de frågor som är mest angelägna för stunden. Under rehabiliteringsdelen återfinns frågor om fysiska, psykiska, sociala och

existentiella frågor och vilken planering som behöver göras med anledning av de behov patienten lyfter fram.

För att säkerställa att patienten och de närstående erhållit tillräcklig kunskap om sjukdomen och den behandling patienten genomgått bör en sammanfattning av vårdplanen skrivas. Uppgifter om vilken cancerform patienten haft, behandling som givits samt hur uppföljning ska ske behöver patienten få kunskap om när den aktiva behandlingen avslutas.

Ett beskrivande/instruerande dokument (bilaga 3) har tagits fram till stöd för den som fyller i individuell vårdplan, där det framgår att det är just den unika patientens behov som vårdplanen avser att fånga och tillgodose. Det innebär att patienten kan välja olika grad av involvering och informationsmängder samt att planen ska lyfta de frågor som är viktiga för patienten vid varje givet tillfälle.

### **Fortsatt arbete**

Den generiska vårdplanen ska betraktas som ett väl förankrat grunddokument, som tillfredsställer det basala behovet av information och kunskap om individens väg genom cancervården.

Den individuella vårdplanen kan anpassas för den (diagnos-)grupp den avser att vara till för, vilket innebär att varje enhet som möter cancerpatienter ska kunna lägga in de delar som är viktigast för den patientgrupp man möter på enheten.

Inom ramen för SKL-projektet kommer förslaget för vårdplan att testas under våren 2013. Efter genomfört test i mindre skala kommer anpassningar att göras i den mån testet visar behov av det. Detta beräknas vara klart i mitten av 2013.

Den individuella vårdplanen tas i ett första skede fram som pappersblankett. Den ska därefter anpassas till en elektronisk blankett eller ett webbaserat formulär, som i ett senare skede eventuellt kan göras tillgängligt via t.ex. *Mina vårdkontakter*. En svaghet är att den i dagsläget inte kan anpassas till och implementeras i journalsystemen, vilket för närvarande innebär en viss mängd dubbeldokumentation.

De svårigheter som diskuterats under projektet är tidsåtgången för upprättande och uppdatering av den individuella vårdplanen. En annan svårighet är att kunna ge bokade tider för att patienten inte ska behöva lämna vården utan att ha kännedom om nästa tid. Planen måste vara individuell i den meningen att patienten ska få just så mycket eller så lite information och på det sätt som passar individen bäst.

Vinsterna för patienten och de närstående är trots det sannolikt stora. Arbetsgruppen har bedömt att den ökade tryggheten och kunskapen hos patienter och närstående kan leda till att patienten erbjuds rätt hjälp snabbare än idag och att det i sin tur kan medföra en minskad belastning på vården. Behovet av kontaktsjuksköterskor eller motsvarande funktion som kan upprätta planen tillsammans med patienten kommer att öka med denna delvis nya arbetsuppgift.

## Bilagor

### Bilaga 1

#### **Arbetsgruppens medlemmar från Regionala cancercentrum**

Nicole Silverstolpe, Projektledare, RCC Stockholm Gotland

Helena Bucht, RCC Norr

Inger Nordmark, RCC Uppsala Örebro

Kerstin Cedermark, RCC Stockholm Gotland

Per Ingvarsson, RCC Sydöst

Christina Carlsson, RCC Syd

Gunnar Eckerdal, RCC Väst

#### **Patientföreningar inom cancerområdet som deltagit**

Blodcancerförbundet

Bröstcancerföreningarnas riksorganisation

Gynsam

Mag- och tarmförbundet

ILCO- Riksförbundet för stomi- och reservoarerade

Lungcancerförbundet Stödet

Melanomföreningen

Mun- och halscancerförbundet

Nätverket mot cancer

Nätverket mot gynekologisk cancer

Prostatacancerförbundet



Egenvård

# MIN VÅRDPLAN - UTREDNING

Namn	Telefon
Vårdenhet	
Ansvarig läkare	
Kontaktsjuksköterska	
Kurator	
Viktiga kontakter (dagtid), namn	telefon
Viktiga kontakter (annan tid), namn	telefon

## Information till patienten

Min vårdplan får du som är patient för att du ska kunna vara delaktig i din vård i den utsträckning du önskar. Vårdplanen ska bidra till att du känner dig trygg och välinformerad, att du har inflyande över det som är viktigt för dig och att du förstår vad som händer under utredning och behandling. Planen ska uppdateras när vård och behandling ändras på ett sätt som har betydelse för dig.

Min vårdplan ska innehålla:

- Kontaktuppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer.
- Tider för undersökningar och behandlingar samt beskrivning av tidsförloppet när olika åtgärder ska ske.
- Stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering.
- Svar på praktiska frågor och vad du kan göra själv.
- En sammanfattning av din vård, som du får med dig efter avslutad kontakt. Sammanfattningen ska innehålla uppgifter om vad du varit med om, vad som är viktigt att tänka på och vart du vänder dig vid behov.

Praktiska frågor



Egenvård

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Praktiska frågor

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avstämning av vårdplanen

.....

.....

.....

.....

Datum

Sign

# MIN VÅRDPLAN - BEHANDNING

Namn	Telefon
Vårdenhet	
Ansvarig läkare	
Kontaktsjuksköterska	
Kurator	
Viktiga kontakter (dagtid), namn	telefon
.....	.....
.....	.....
Viktiga kontakter (annan tid), namn	telefon
.....	.....
.....	.....

## Information till patienten

Min vårdplan får du som är patient för att du ska kunna vara delaktig i din vård i den utsträckning du önskar. Vårdplanen ska bidra till att du känner dig trygg och välinformerad, att du har inflytande över det som är viktigt för dig och att du förstår vad som händer under utredning och behandling. Planen ska uppdateras när vård och behandling ändras på ett sätt som har betydelse för dig.

Min vårdplan ska innehålla:

- Kontaktoppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer.
- Tider för undersökningar och behandlingar samt beskrivning av tidsförloppet när olika åtgärder ska ske.
- Stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering.
- Svar på praktiska frågor och vad du kan göra själv.
- En sammanfattning av din vård, som du får med dig efter avslutad kontakt. Sammanfattningen ska innehålla uppgifter om vad du varit med om, vad som är viktigt att tänka på och vart du vänder dig vid behov.



## Manus till instruktion till vårdpersonal

# Mall för Min vårdplan – Introduktion

Cancerstrategin lyfter i sina kriterier fram det som stärker patientens ställning. Ett kriterium är att ”en individuell skriftlig vårdplan ska tas fram för varje cancerpatient” i syfte att öka patientens trygghet, delaktighet och inflytande över vårdens planering.

Denna mall för individuell vårdplan har tagits fram i samverkan mellan patientföreträdare och representanter för samtliga regionala cancercentrum i Sverige. Vårdplanen är till för patienten och benämns följaktligen ”Min vårdplan”. Den ska uppdateras när någon för patienten viktig förändring inträffar. Underlaget i denna mall är upprättat som stöd för ansvarig läkare och kontaktsjuksköterska eller motsvarande. Patienten ska inte lämna vården utan att ha fått nästa tid bokad eller information om vad som händer härnäst.

”Min vårdplan” är i sin första version ett tryckt dokument för testning – men kan ändå utgöra viss vägledning för samt påskynda en digital hantering inom respektive region och landsting.

# Min vårdplan – Utredning

## Mitt namn

*Patientens namn  
(och ev e-post)*

## Telefonnummer

*Patientens telefonnummer*

## Vårdenhet

*Namn på den enhet där patienten i detta skede har sin huvudsakliga kontakt.*

## Ansvarig läkare

*Namn på ansvarig läkare.*

## Kontaktsjuksköterska

*Namn på kontaktsjuksköterska eller motsvarande som patienten kan kontakta för stöd och hjälp från den tid då patienten får denna plan.*

## Viktiga telefonnummer

## Dagtid

## Annan tid

*Här anges vart telefonnumret går och vilka problem patienten kan få hjälp med på dessa enheter under dag respektive natt.*

## Mina behov och önskemål om information

*Frågan ska ge svar på vad och hur mycket eller hur lite information patienten önskar få samt på vilket sätt patienten och de närstående vill bli informerade. Kan förändras över tid.*

## Vem får ta del av information om mig

*Vilka personer patienten vill ska få att ta del av vårdplanen och annan information som rör patienten. Uppgiften uppdateras under sjukdomstiden.*

## Jag utreds för

*Den sjukdom är det som är den mest sannolika orsaken till denna utredning. Om ingen tydlig misstanke kan anges uppges vilka symtom patienten utreds för.*

## Undersökningar som planeras under utredningen

*Här beskrivs de undersökningar som ska utföras och i vilken ordning dessa planeras och genomförs. Informationen ska innehålla beskrivning om hur undersökningen går till och var den kommer att ske. Information om undersökningar bifogas planen eller anges i form av webb adresser.*

## Tidsplan

xx/xx-2013

För att öka patientens förståelse för tidsåtgången kan en tidslinje användas. Tider kan vara ungefärliga och kommer sannolikt att behöva revideras under utredningens gång. Det grafiska formatet syftar till att åskådliggöra den totala tidsåtgången och skapa bättre förutsättningar för patienten att planera sin egen tid.

### Viktigt för mig nu?

Frågan syftar till att ge patienten möjlighet att berätta om vad som är angeläget just nu. Det kan handla om praktiska, fysiska, sociala eller känslomässiga frågor. Frågan ska tas upp varje gång planen uppdateras för att säkerställa att behov och viktiga frågor för patienten kommer med.

**Sömn / Trötthet/ Smärta /Kost/ Vikt /Fysisk aktivitet/ Tobaksvanor  
/Sexualitet /Övrigt**

**Oro/rädsla/Övrigt**

**Närstående/minderåriga barn**

**Arbete/studier/övrigt**

**Existentiella frågor**

Med ledning av vad patienten lyfter fram planeras fortsatta kontakter och åtgärder. Här dokumenteras den planering som blir följden med anledning av de frågor och behov som framkommer.

### Egenvård

Här anges vad patienten kan göra för att i största möjliga mån behålla hälsan och om möjligt förbättra den. De rekommendationer som anges ska hjälpa patienten att exempelvis lindra symtom och behålla funktioner. Ex: Försätta med fysisk träning som vanligt eller rekommendation om 30 min promenad/dag.

### Praktiska frågor

Behöver patienten hjälp med exempelvis resor, boende för närstående i samband med behandling, sjukskrivning eller förskrivning av hjälpmedel.

## Min vårdplan – Behandling

### Mitt namn

Patientens namn  
(och ev e-post)

### Telefonnummer

Patientens telefonnummer

### Vårdenhet

Namn på den enhet där patienten i detta skede har sin huvudsakliga kontakt.

### Ansvarig läkare

Namn på ansvarig läkare.

### Kontaktsjuksköterska

Namn på kontaktsjuksköterska eller motsvarande som patienten kan kontakta för stöd och hjälp.

### Kurator

Namn på kurator eller motsvarande som patienten kan kontakta.

### Viktiga telefonnummer

### Dagtid

### Annan tid

Här anges vart telefonnumret går och vilka problem patienten kan få hjälp med på dessa enheter under både dag och natt.

### Mina behov och önskemål om information

Frågan ska ge svar på vad och hur mycket eller hur lite information patienten önskar få samt på vilket sätt patienten och de närstående vill bli informerade. Kan förändras över tid.

### Vem får ta del av information om mig

Vilka personer patienten vill ska få att ta del av vårdplanen och annan information som rör patienten. Uppgiften uppdateras under vägen.

### Jag har fått kännedom om vårdens skyldigheter

Patienten ska få kännedom om vårdens skyldighet att erbjuda förnyad medicinsk bedömning, fast vårdkontakt och rätten att välja vårdgivare i den mån detta är tillämpligt.

**På [www.1177/cancer](http://www.1177/cancer) finns mycket information. Vill du veta mer rekommenderas följande böcker / webbsidor / annat**

Här anges adresser till webbplatser som har bra information och som kliniken kan rekommendera och annat material som kliniken vill delge patienten.

**Patientföreningar/Stödpersoner**

Här anges kontaktuppgifter till Patientföreningar, nätverk och stödpersoner.

## Min sjukdom, Planerad behandling och rehabilitering

### Diagnos och information om sjukdomen

Den här diagnosen har patienten fått och den här informationen är given.

### Behandling

Information om vilka behandlingar som planeras och vilka behandlingar som kan bli tänkbara i framtiden. Information om behandlingen förväntas bota sjukdomen eller om den är symtomlindrande. Möjlighet för patienten att få diskutera alternativen och välja behandlingsalternativ.

### Tidsplan

Xx/xx 2013

För att öka patientens förståelse för tidsåtgången kan en tidslinje användas. Tider kan vara ungefärliga och kommer sannolikt att behöva revideras under utredningens gång. Det grafiska formatet syftar till att åskådliggöra den totala tidsåtgången och skapa bättre förutsättningar för patienten att planera sin egen tid.

### Behandlingskonferens x/x 2013

Tid när MDT konferens ska ske med information om syftet med denna. Om patienten inte ska bli föremål för MDT konferens, ange orsaken för detta.

### Information om effekter och bieffekter

Här anges vad patienten kan förvänta sig av behandlingen och om vad patienten kan göra själv. Det ska framgå vilka symtom eller biverkningar som ska föranleda att man behöver ta kontakt med vården. Viktigt är även att tidsaspekterna kommer fram. De effekterna som patienten upplever – handlar det om dagar, veckor eller kan de vara livslånga?

### Uppföljning och återkoppling av given behandling

Här får patienten information om hur effektiv behandlingen varit. Har den varit botande? Har de mål man satte upp innan behandlings start uppnåtts? Vad kan patienten förvänta sig den närmsta tiden och på vilket sätt ska uppföljning ske? Finns behov av fortsatt behandling?

## Rehabilitering

### Ur förslaget till nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering (2012):

Cancerrehabilitering är aktuellt för alla cancerpatienter i hela processen från diagnos, under och efter behandling samt i kronisk och palliativ fas. Alla cancerpatienter inkluderas, oavsett vilken fas de befinner sig i. Cancerrehabilitering är ett paraplybegrepp som omfattar samtliga åtgärder som syftar till att förebygga och reducera effekter av sjukdom och behandling vad gäller fysiska, psykiska, sociala och existentiella symptom eller behov. De rehabiliterande åtgärderna ska underlätta patientens vardag utifrån en helhetssyn av människan och de individuella behov som finns. Cancerrehabilitering är viktigt även i ett palliativt skede alternativt när patienten lämnar sjukvården för att återgå till ett vanligt liv med arbete, studier osv. Många yrkesgrupper i sjukvården arbetar med cancerrehabilitering, i olika skeden och ur olika perspektiv. För att synliggöra patientens behov och göra bedömningar kan distresstermometern användas.

### Fysiskt

(Sömn / Trötthet / Smärta / Kost/ Vikt / Fysisk aktivitet/ Tobaksvanor /Sexualitet /Övrigt)

Ex: Sover dåligt, är mycket trött, har svårt att äta och så vidare.

### Psykiskt

(Oro/Rädsla/Övrigt)

Ex: Är orolig och har ångest.

### Socialt

(Närstående/Minderåriga barn/Arbete/Studier/Övrigt)

Ex: Har minderåriga barn, behov av stöd i familjen, studier som påverkas av sjukdom/behandling.

### Existentiella frågor

(Livsåskådning /Relationer)

Ex: Behov av att prata om livsfrågor, tankar om mening, liv och död.

## Sammanfattande rehabiliteringsplan

Beskriv de mål, åtgärder och uppföljning av rehabilitering som sker och tidsplaner för dessa.

### Egenvård

Här anges vad patienten kan göra för att i största möjliga mån behålla hälsa och om möjligt förbättra den.

De rekommendationer som anges ska hjälpa patienten att exempelvis lindra symtom och behålla funktioner.

Ex: Fortsätta med fysisk träning som vanligt eller rekommendation om 30 min promenad/dag.

### Praktiska frågor

Behöver patienten hjälp med exempelvis resor, boende för närstående i samband med behandling, sjukskrivning eller förskrivning av hjälpmedel.

## Min vårdplan – sammanfattning

Denna del syftar till att klargöra vad patienten genomgått och göra fortsättningen tydligare.

Här anges diagnosen och namnet på de behandlingar patienten genomgått (operation, strålning och eller cytostatika behandling etc.).

Resultatet av behandlingen, Har behandlingen varit botande, lindrande eller kommer sjukdomen att bli kronisk. Patienten ska ges möjlighet att förstå vad som varit möjligt att uppnå med behandlingen.

Patienten behöver få information om vilka sena biverkningar behandlingen kan ge och vilken hjälp som finns att få för att minska lidandet av dessa samt tidsaspekterna för de problem som patienten kan uppleva.

Uppdatering av rehabiliteringsplan

Tidigare planer stäms av och uppdateras utifrån aktuella behov.

Om sjukdomen har symtom som kan vara tecken på återfall och som hjälper patienten att känna till dem. Om inga specifika symtom kan anges ska patienten få information om detta.

Ange vart patienten ska vända sig (vårdcentral/klinik) om problem uppkommer.

Finns en planerad uppföljning? Ange tidsrymder för uppföljning.

Information om samtal - och/eller annat stöd ?





# Individuella vårdplaner inom cancervårdener inom cancervården

---

## Ännu bättre cancervård – delrapport 10

Rapporten är en av de tio delrapporter som utgör avrapporteringen av de utvecklingsarbeten som SKL bedrivit under åren 2010-2012, inom ramen för överenskommelserna med staten om nationella cancerstrategin.

Upplysningar om innehållet  
Gunilla Gunnarsson, [gunilla.gunnarsson@skl.se](mailto:gunilla.gunnarsson@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013  
ISBN: 978-91-7164-914-0