

Stöd för dig i teamet runt cancerpatienten

– Om kontaktsjuksköterskan i cancervården,
aktiva överlämningar, Min vårdplan
och cancerrehabilitering.

Tillsammans för en bättre cancervård

Regionala cancercentrum arbetar tillsammans med olika aktörer för att skapa en jämlik, patientfokuserad och effektiv cancervård. I Sverige finns sex regionala cancercentrum som arbetar med tio gemensamma insatsområden, utifrån den nationella cancerstrategin. Läs mer på:

www.cancercentrum.se

Ansvarig utgivare: Frida Smith

Redaktion: Ann-Sofi Isaksson, Chichi Malmström och Frida Smith.

Illustrationer och layout: Hanna Wekell och Karin Allander

Foto: Rickard Eriksson

Textbearbetning: Karin Allander

Version: 1.3 © 2019, Regionalt cancercentrum väst



This work is licensed under the Creative Commons Erkännande-IngaBearbetningar 2.5 Sverige License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/2.5/se/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



Alla tjänar på ett starkt team!

För att skapa en bättre cancervård krävs det att vi arbetar tillsammans. Det gäller alla i teamet runt patienten, oavsett profession. För att kunna arbeta tillsammans krävs det både att varje individ förstår sitt eget uppdrag och att det finns en medvetenhet om varandras kompetenser och uppdrag.

Den här materialet riktar sig till dig som arbetar i teamet runt cancerpatienten eller är chef inom cancervården. Det innehåller information om vad vi ska arbeta med inom områdena kontaktsjuksköterska, aktiva överlämningar, Min vårdplan och cancerrehabilitering. Syftet är att tydliggöra vad vi ska arbeta med inom dessa områden och varför det är viktigt.

Broschyren innehåller de generiska texter som ingår i alla nationella vårdprogram. Texterna har tagits fram för att säkerställa att cancervården i hela Sverige är jämlik. Det som är specifikt för varje tumördiagnos finns att läsa i respektive nationellt vårdprogram. Detta och mer information om områdena i det här materialet hittar du på www.cancercentrum.se.

**Nationella arbetsgruppen för
kontaktsjuksköterska/Min vårdplan
och nationella cancerrehabiliteringsnätverket**



Innehåll

Kontaktsjuksköterskan	5
Aktiva överlämningar	8
Min vårdplan	10
Cancerrehabilitering	12



Kontaktsjuksköterskan – skapar trygghet för patienten

Kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för patienten och närstående under hela vårdkedjan. I uppdraget ingår bland annat att ha särskild tillgänglighet, att informera om kommande steg i behandlingen, att ge stöd vid normala krisreaktioner och att förmedla kontakter med andra yrkesgrupper.

Vad står det om kontaktsjuksköterskan i cancervården i de nationella vårdprogrammen?

”

Den nationella cancerstrategin styrker att varje patient ska erbjudas en kontaktperson på den cancervårdande kliniken med syfte att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten och att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården (SOU 2009:11). Sedan 2010 finns en lagstadgad rätt till fast vårdkontakt (Patientlag 2014:821).

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har enats om en gemensam generell beskrivning av kontaktsjuksköterskans roll och funktion. Enligt den är kontaktsjuksköterskan en tydlig kontaktperson i sjukvården, med ett övergripande ansvar för patienten och de närstående. Beskrivningen togs fram inom projektet *Ännu bättre cancervård* och finns i projektets slutrapport (2012). Beskrivningen citeras här i sin helhet:

Kontaktsjuksköterskan

- är tydligt namngiven för patienten
- har speciell tillgänglighet och kan hänvisa till annan kontakt när han/hon inte är tillgänglig
- informerar om kommande steg
- ger stöd till patienten och närstående vid normal krisreaktion
- gör evidensbaserade bedömningar av patientens behov och åtgärdar antingen själv eller förmedlar kontakt med andra yrkesgrupper samt följer upp insatta åtgärder
- säkerställer patientens delaktighet och inflytande i sin vård
- bevakar aktivt ledtider i samverkan med SVF-koordinator

Kontaktsjuksköterskan har dessutom

- **ett tydligt skriftligt uppdrag**
- **kunskaper** som regleras av innehåll och avgränsningar i varje patientprocess
- **ansvar för att en individuell skriftlig vårdplan, Min vårdplan, upprättas** (även om den kan upprättas av andra)
- ansvar för **aktiva överlämningar** till en eventuell ny kontaktsjuksköterska
- uppgift att **delta i multidisciplinära ronder/möten**

Att patienten har erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska ska dokumenteras i patientens journal och om möjligt registreras i kvalitetsregister.

Kontaktsjuksköterskans roll och funktion ska utgå från den nationella beskrivningen men anpassas specifikt efter den process det gäller. Varje vårdenhet ska förtydliga hur kontaktsjuksköterskans uppdrag ska uppfyllas.



Tänk på: Varje patient har en lagstadgad rätt att få en fast vårdkontakt. Enligt den nationella cancerstrategin ska alla patienter erbjudas en kontaktperson på den vårdande kliniken.



Tänk på: Du som är kontaktsjuksköterska ska ha ett skriftligt uppdrag från din arbetsgivare, som tydliggör vilka uppgifter du har och vilket ansvar som ingår i tjänsten.



Aktiva överlämningar – gör vården sammanhållen

Patienter med cancer vårdas ofta av aktörer inom både specialistvård, primärvård och kommunal vård. Aktiva överlämningar handlar om att tydliggöra vem som ansvarar för patienten, hur överlämningar ska ske och var de ska dokumenteras.

Vad står det om aktiva överlämningar i de nationella vårdprogrammen?



Under patientens tid i cancervården förekommer ofta överlämningar mellan olika vårdgivare. För att skapa en sammanhållen vårdkedja för patient och närstående ska alla överlämningar vara "aktiva". Aktiv överlämning innebär att den som har ansvaret för patienten tar kontakt, muntligt och skriftligt, med nästa instans.

Den som aktivt överlämnat har fortsatt ansvar till dess att mottagande instans bekräftat att kontakt tagits med patienten. Mottagande instans finns inom specialistvård, primärvård eller kommunal vård, exempelvis ny namngiven kontaktsjuksköterska, rehabiliteringsansvarig, med flera.

Åtgärder och insatser inom omvårdnad, palliation och rehabilitering ska följas upp och utvärderas av ansvarig personalkategori. Byte av ansvarig vårdgivare ska tydligt framgå i journalen och i patientens Min vårdplan.



Tänk på: Den som lämnar över en patient är alltid ansvarig för personen tills nästa instans bekräftar att de har kontaktat patienten.



Min vårdplan – gör vården tydlig för patienten

Min vårdplan är ett dokument som skrivs för och tillsammans med patienten för att tydliggöra patientens resa genom vården. Bland annat ska det innehålla en tidsplan för undersökningar och behandlingar, cancerrehabilitering, kontaktuppgifter till viktiga personer och svar på praktiska frågor om vad patienten själv kan göra.

Vad står det om Min vårdplan i de nationella vårdprogrammen?



”En individuell skriftlig vårdplan, benämnd Min vårdplan, ska tas fram för varje patient med cancer. Det framgår i den nationella cancerstrategin för framtiden (SOU 2009:1) och i de patientcenterade kriterierna som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (Socialdepartementet: 2011). Min vårdplan är ett samlat dokument som uppdateras kontinuerligt. Namnet Min vårdplan tydliggör att vårdplanen skrivs **för** och **med** patienten.

Min vårdplan ska innehålla:

- Kontaktuppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer.
- Tider för undersökningar och behandlingar samt en beskrivning av när olika åtgärder ska ske.
- Stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering.
- Svar på praktiska frågor och på vad patienten kan göra själv.
- Information om patientens rättigheter, till exempel rätten till ny medicinsk bedömning.
- Efter avslutad behandling: Tydlig information om hur den fortsatta uppföljningen ser ut, till exempel vem patienten ska vända sig till.
- Efter avslutad behandling: En sammanfattning av vården som beskriver vad patienten har varit med om och vad som är viktigt att tänka på.



Tänk på: Min vårdplan ska vara ett levande dokument som ska uppdateras under hela resans gång.



Cancerrehabilitering – ger stöd i hela livssituationen

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av en cancersjukdom och dess behandling. Insatserna ska ge patienten och de närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt genom hela vårdkedjan.

Vad står det om cancerrehabilitering i de nationella vårdprogrammen?



Målet är att alla patienter med cancer och deras närstående ska få möjlighet till rehabiliteringsinsatser utifrån sina unika situationer, behov och egna resurser, vilka kan skifta under processen. Cancerrehabilitering innebär att se hela människan i sitt livssammanhang.

Exempel på rehabiliteringsinsatser kan vara

- krisstöd i samband med utredning, diagnos, behandling och efter behandling
- insatser kan vara av social karaktär så som information om samhällets resurser
- mobilisering och fysiska rehabiliteringsåtgärder för att återfå funktion efter kirurgi
- psykologiskt stöd och råd för att vara fysiskt aktiv i syfte att orka sina behandlingar och förebygga fatigue.

Fördjupad information om cancerrehabilitering inklusive bedömning och insatser finns i det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering. Där belyses även närståendes situation och behov av stöd, samt barn som anhörigas lagstadgade rätt till information och stöd då en vuxen i familjen är svårt sjuk.

Regelbunden behovsbedömning för patienter och närstående

Cancerrehabilitering är aktuellt under hela processen från misstanke om cancersjukdom och framåt. Behov av rehabilitering ska därför bedömas regelbundet. Patient och närstående ska återkommande få information om vilka rehabiliteringsbehov som är vanliga och vilka insatser som erbjuds. I patientens skriftliga vårdplan, Min Vårdplan, ska cancerrehabilitering ingå. Vissa rehabiliteringsbehov, till exempel lymfödem, kan vara behandlingskrävande livet ut.

Såväl patienter som närstående kan omfattas av rehabiliteringsinsatser. Närstående kan vara exempelvis partner, barn, förälder, syskon eller annan person som patienten anser sig ha nära relation till. Barn som anhöriga har en särställning då hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet att ge information, råd och stöd.

Grundläggande och specialiserad rehabilitering

All personal inom hälso- och sjukvård ska göra grundläggande behovsbedömningar och ge grundläggande insatser inom cancerrehabilitering. Vid mer avancerade behov ska patienten alltid erbjudas insatser från professioner med specialkompetens inom rehabilitering, exempelvis kurator, fysioterapeut, psykolog, arbetsterapeut och dietist. Även andra professioner som sjuksköterska, läkare och tandläkare kan arbeta specialiserat med cancerrehabilitering.



Tänk på: Behovet av cancerrehabilitering ska prövas kontinuerligt tillsammans med patienten och dokumenteras i Min vårdplan.



Tänk på: Barn som är anhöriga har en lagstadgad rätt att få information, råd och stöd om en förälder eller annan viktig närstående har en allvarlig fysisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller avlider.

Lokala kontaktpersoner



Hör av dig till oss!

Saknade du något i materialet? Vill du veta mer om de områden som ingår, eller få tips på hur man kan arbeta med frågorna i din verksamhet? Kontakta oss gärna!

Kontaktuppgifter till nationell arbetsgrupp:

<https://cancercentrum.se/kssk-arbetsgrupp>