

Diskussionsunderlag för att utveckla kontaktsjuksköterskans uppdrag

Att förtydliga och utveckla kontaktsjuksköterskans uppdrag, utifrån den nationella uppdragsbeskrivningen, är en viktig del i att säkra en jämlik och säker vård, oavsett patientens diagnos och bostadsort.

Det övergripande syftet med detta diskussionsunderlag är att ge vägledning i utvecklingen av kontaktsjuksköterskans uppdrag på verksamhets- och patientprocessnivå.

Det kan användas som ett stöd i arbetet för att uppnå tydliga och enhetliga uppdrag som är anpassade till var, och i vilken vårdprocess som kontaktsjuksköterskan är verksam.

Det kan användas i flera olika sammanhang, exempelvis vid verksamhetsutveckling, i vårdprocessgrupper och teamutveckling.

Underlaget vill främja ett strukturerat arbetssätt, vilket leder till ökad jämlikhet och säker vård. Det kan även ligga till grund för diskussioner om vilken roll kontaktsjuksköterskan har i det multiprofessionella teamet kring patienten.

Tips! En lista med fördjupningsmaterial finner du sist i detta dokument.

Det finns områden i den nationella uppdragsbeskrivningen som inte berörs här.

Underlaget bygger på två delar

1. Den första delen beskriver patientprocessen och kan användas som ett stöd när verksamheter vill stärka och utveckla kontaktsjuksköterskas uppdrag i en eller flera delar av vårdprocessen.
2. Den andra delen beskriver kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter och kan användas som ett stöd när verksamheter vill stärka och utveckla ett eller flera specifika områden inom kontaktsjuksköterskas uppdrag.

► Patientprocessen



Bild: Generell beskrivning av patientprocessen genom vården.

(Siffror inom parentes nedan, avser vilka av kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter som berörs i varje steg av patientprocessen.)

Utredning

Under utredning omfattar kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter att ge psykosocialt stöd (1), stöd till egenvård till patient och närstående, genomföra social kartläggning, bedöma behov av cancerrehabilitering (2), ge individanpassad information (3), vara tillgänglig (4), säkerställa att Min vårdplan (5) är upprättad, möjliggöra delaktighet (6) samt dokumentation enligt rutin.

Multidisciplinär konferens

Vid multidisciplinär konferens (MDK) är kontaktsjuksköterskans uppgift att lyfta fram patient- och omvårdnadsperspektivet samt att bevaka ledtider och vid behov genomföra en aktiv överlämning (8).

Diagnos

I samband med diagnos är kontaktsjuksköterskans uppgift att delta vid diagnosbesked, ge psykosocialt stöd till patient och närstående, genomföra förnyad strukturerad bedömning av cancerrehabiliteringsbehov utifrån respektive diagnos och vårdprogram, ge individanpassad information, förnya rehabiliteringsplan, vara tillgänglig, uppdatera Min vårdplan, möjliggöra delaktighet samt dokumentera enligt rutin.

Behandling

Under behandling är kontaktsjuksköterskans uppgift att ge fortsatt psykosocialt stöd till patient och närstående, kontinuerligt genomföra strukturerad bedömning av cancerrehabiliteringsbehov utifrån respektive diagnos och vårdprogram, ge individanpassad information, vara tillgänglig, delta vid återbesök, uppdatera Min vårdplan, möjliggöra delaktighet samt dokumentera enligt rutin.

Uppföljning

Vid uppföljning är kontaktsjuksköterskans uppgift att fortsatt ge psykosocialt stöd till patienter och närstående, kontinuerligt bedöma behov av cancerrehabilitering utifrån respektive uppföljningsprogram och nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering, ge individanpassad information och vara tillgänglig samt dokumentera enligt rutin.

► Kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter

1. Psykosocialt stöd

- Identifiera högriskpatienter
- Grundläggande social kartläggning
- Krishantering/samtal/bedömning vid normal krisreaktion
- Hjälpa patienten att identifiera behov (och formulera behovsanalys)
- Aktiv överlämning till annan kontaktsjuksköterska och annan profession
- Informera om patientföreningar, stödorganisationer, webbsidor etc.
- Finns barn som anhörig/närstående?

2. Cancerrehabilitering

- På ett strukturerat sätt bedöma rehabiliteringsbehov (t.ex. Hälsoskattning eller Distresstermometern)
- Identifiera högriskpatienter (stöd, akuta och/eller sena biverkningar, samsjuklighet)
- Behov nu och framåt
- Rådgivning och åtgärder för att främja och stödja egenvård/symptom/levnadsvanor
- Mål och uppföljning
- Vid behov hänvisa vidare och involvera team (rehabteam, smärteam, palliativt team m.fl.).

3. Individanpassad information

- Vad vill och behöver patienten veta? Delat beslutsfattande
- Hur och när önskas informationen – ensam, med närstående, i grupp?
- Förstår patienten informationen? Identifiera barriärer för effektiv kommunikation t.ex. kultur, funktionsnedsättningar, fatigue
- Vilka kommunikationsmetoder behövs? Muntliga, skriftliga eller digitala, utbildning och stöd? Tolk?

4. Tillgänglighet

- Ha speciell tillgänglighet och kunna hänvisa till annan kontakt. Tillgänglig vilka tider? Återkoppling inom 24 h? Kvällar/helger?
- Erbjuder olika kommunikationssätt t.ex. via telefon, 1177 vårdguiden och Min Vårdplan på 1177.se
- Egen mottagning
- Bevaka ledtider i vårdkedjan.

5. Min vårdplan

- Upprättas i samband med utredning eller diagnos i samråd med patienten
- Uppdateras kontinuerligt under hela vårdförloppet
- Upprättande och uppdatering registreras med KVÅ-koder
- Råd och åtgärder som ges, dokumenteras i journalen enligt gällande dokumentationsregler.

6. Skapa delaktighet

- Skapa förståelse/trygghet
- Säkerställa att patienten har adekvat kunskap för att kunna vara delaktig – vad händer/konsekvenser?
- Min vårdplan
- Råd och stöd för egenvård.

7. Multidisciplinära konferenser – MDK

- Bevaka/lyfta omvårdnadsperspektivet
- Stötta patientens vilja
- Bevaka ledtider och hålla ihop vårdkedjan
- Bevaka helhetsperspektiv gällande kormobiditet, psykosociala aspekter, fysisk status, professions- och fritidsintressen, som kan påverkas av behandlingen
- Vid behov ge kompletterande information till patienten.

8. Aktiva överlämningar

- Enligt modell t.ex. SBAR
- Tydliga rutiner (kring samarbete t.ex. mellan kirurgi, onkologi och primärvård), vem gör vad?
- Vilken information behöver mottagaren?
- Tydliggöra för både patient och vården vem som har ansvaret?

Referenslista och fördjupningsmaterial

Distresstermometern och hälsoskattning, cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/bedomning-av-rehabiliteringsbehov

Kontaktsjuksköterskan uppdrag, cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska

Min vårdplan i cancervården, cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-vardplan

SBAR – Kommunera strukturerat i vården, skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarstruktureradkommunikation.748.html

Shared decision make, decisionaid.ohri.ca/docs/das/GPS-G.pdf

Teach back, teachbacktraining.org

SPIKE, theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.long

PLISSIT – PLISSIT som samtalsmetodik i samtal om sexualitet. projects.hsl.wisc.edu/SERVICE/modules/3/M3_CT_The_PLISSIT_Model.pdf