

ARBETSMATERIAL/DISKUSSIONSUNDERLAG

Cancerrehabilitering i vårdprocesser

Barbro Arvidsson, barbro.arvidsson@orebroll.se och *Anna Kling*, anna.kling@orebroll.se
Processledare för vårdprogramgruppen Cancerrehabilitering, RCC Uppsala-Örebro



REGIONALT
CANCERCENTRUM
UPPSALA ÖREBRO

Bakgrund

I "En nationell cancerstrategi för framtiden" (SOU 2009:11) presenteras fem mål för att klara att möta den ökande cancerprevalensen. Målen handlar om att minska insjuknandet i cancer, förbättra omhändertagandet, förlänga överlevnadstid och förbättra livskvalité efter diagnos, minska regionala skillnader i överlevnadstid efter cancerdiagnos samt minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

För att öka förutsättningarna för att nå dessa mål finns nu Regionala cancercentrum (RCC) i vart och ett av landets sex sjukvårdsregioner.

Ett av de tio kriterier som ska utmärka RCC är att en plan upprättas, som tillförsäkrar cancerpatienter tillgång till psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård av god kvalitet inom hela sjukvårdsregionen. Det framhålls även att stödet till närstående till cancerpatienter ska förbättras och utvecklas.

Definition och nationella mål

I det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering har följande definition och övergripande mål valts:

Definition:

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling.

Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt.

Övergripande mål:

Alla patienter med cancer och dess närstående ska få möjlighet till rehabiliteringsinsatser utifrån sina individuella behov.

Utifrån det övergripande målet har fem nationella delmål formulerats. Dessa mål är utgångspunkt i detta förslag till arbetsmaterial/ diskussionsunderlag för sjukvården att användas i förbättringsarbetet för cancerpatienter och närstående.

Mål 1: Alla patienter med cancer samt deras närstående ska få information om cancerrehabilitering.

Detta innebär att informationen ska vara både muntlig och skriftlig och förmedla:

- Råd om egenvård – ”Vad kan jag göra själv för att må så bra som möjligt?”
- Information om insatser –” Vilka insatser kan jag få och vem kan ge mig dessa?”
- Att cancerrehabilitering kan ske på olika nivåer: allmän, specialiserad och mycket specialiserad.

Diskussion utifrån patientspecifik process:

När är det lämpligt att informationen ges? Upprepade tillfällen?

Hur ges information idag? Vad erbjuder vi?

- Muntligt, skriftligt,
- Individuellt, i grupp
- På papper, via nätet

Vem ska ansvara för att informationen finns /är uppdaterad och tillhandahålls?

Når vi detta mål i vår process?

Vad fungerar?

Vilka förbättringsområden finns?

Vad ska prioriteras?

Mål 2: Alla patienter med cancer ska återkommande bedömas av vårdgivare gällande behov av cancer-rehabilitering.

Detta innebär att:

- Patienten får hjälp att identifiera och bedöma sina behov.
- Patienten erbjuds adekvat åtgärd/insats.

Diskussion utifrån patientspecifik process:

När ska identifiering och bedömning göras? Hur ser behovet ut över tid?
Vid vilka tillfällen?

Hur kan identifiering och bedömning göras? Hur frågar vi, finns bedömningsformulär?

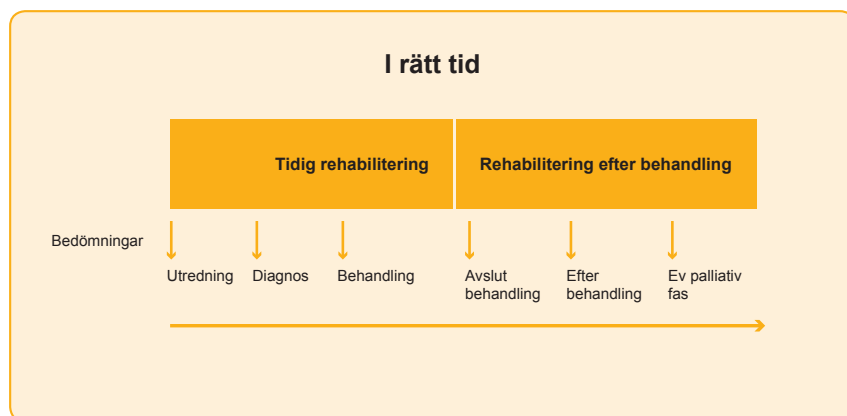
Vem/ vilka ansvarar för att erbjuda/ utföra bedömningar?

Når vi detta mål i vår process?

Vad fungerar?

Vilka förbättringsområden finns?

Vad ska prioriteras?



Mål 3: I patientens skriftliga individuella vårdplan ska cancerrehabilitering ingå.

Detta innebär att:

- Patientens behov och de aktuella insatserna ska vara tydligt dokumenterade och tydliga i den individuella skriftliga vårdplanen som alla patienter ska erbjudas.

Diskussion utifrån patientspecifik process:

När ska patientens individuella vårdplan inklusive rehabiliteringsplan upprättas?

När följer denna plan upp och revideras?

Hur ser vårdplanen ut i vår process? Är rehabilitering väl integrerat i denna, framgår behov och insatser tydligt? Hur säkerställs att nödvändig information om rehabiliteringsbehov och åtgärder överförs mellan olika vårdgivare?

Hur säkerställs att det finns en sammanhållen dokumentation, där information från patientens journal sammanfattas i vårdplanen som lämnas ut till patienten?

Vem är ansvarig för att upprätta, följa upp och revidera vårdplanen?

Når vi detta mål i vår process?

Vad fungerar?

Vilka förbättringsområden finns?

Vad ska prioriteras?

Mål 4: Patienter med cancer som bedöms ha mer än grundläggande behov erbjuds kontakt med rehabiliteringsprofession för vidare utredning och åtgärder.

Detta innebär att:

- det finns god kännedom om tillgänglig rehabiliteringsprofession och kontaktvägar dit.
- en nivåstrukturerad bedömning av patientens rehabiliteringsbehov sker så att insatser erbjuds på rätt nivå.

Diskussion utifrån patientspecifik process:

Vilka behov av rehabilitering finns på *grundläggande*, *särskild*, *avancerad* och *mycket avancerad* nivå?

Vilka åtgärder/insatser är/kan vara aktuella på respektive nivå?

Vilken profession/ funktion och vilken kompetens behövs för att utföra åtgärd/ insats på respektive nivå?

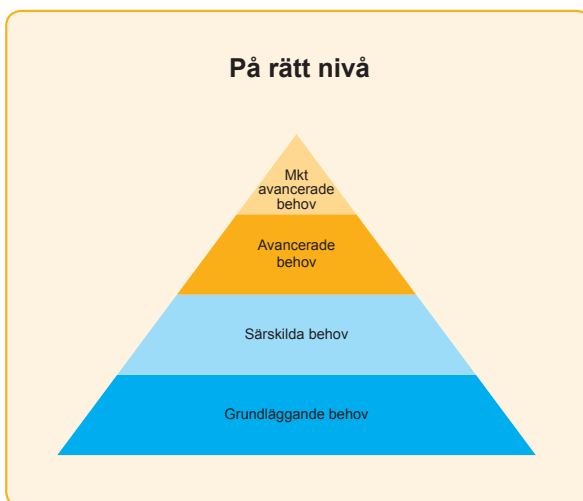
Hur ser samverkan ut internt/externt kring patienter med avancerade eller mycket avancerade behov?

När vi detta mål i vår process?

Vad fungerar?

Vilka förbättringsområden finns?

Vad ska prioriteras?



Mål 5: Alla minderåriga barn med en förälder som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd. Detta gäller även om annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har cancer.

I 2§ g HSL (100101) stipuleras vårdens skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när vårdnadshavare, eller annan vuxen i familjen, blir allvarligt sjuk.

Detta innebär att:

- Det finns rutiner som säkerställer att alla minderåriga barn med cancersjuk förälder eller annan vuxen barnet varaktigt bor hos, erbjuds information, råd och stöd.
- Det finns rutiner som säkerställer att alla patienter tillfrågas om minderåriga barn och vem som frågar detta.
- Det i patientens journal tydligt dokumenteras att frågan ställts och vad svaret var.
- Det finns rutiner för vilket stöd som erbjuds.

Diskussion utifrån patientspecifik process:

När förs minderåriga barns situation på tal med patienten?

Hur förs minderåriga barns situation på tal?

Finns det tillgång till checklistor, broschyrer o dyl som kan vara till hjälp för personal, patienter och barn?

Hur dokumenteras detta i journalen?

Vem ansvarar för att minderåriga barns situation kommer på tal?

Vad avses med information, råd och stöd och vem/ vilka står för dessa insatser på olika nivåer ? Vilka rutiner finns?

Når vi detta mål i vår process?

Vad fungerar?

Vilka förbättringsområden finns?

Vad ska prioriteras?

Förbättrat stöd till närstående

Både definitionen och målen inkluderar närstående. Dessutom framhålls vikten av att förbättra och utveckla stödet till närstående i uppdraget från regering och riksdag.

Detta innebär bland annat att:

- Närstående ska uppleva sig delaktiga och informerade
- Närstående till cancerpatienter får sina behov av information, råd och stöd tillgodosedda.

Diskussion utifrån patientspecifik process:

Hur uppmärksammas närståendes behov av information, råd och stöd? Finns rutiner? Hur arbetar vi med att göra närstående delaktiga?

Vem ansvarar för att närstående får information, råd och stöd? Finns rutiner för att säkerställa detta?

Når vi detta mål i vår process?

Vad fungerar?

Vilka förbättringsområden finns?

Vad ska prioriteras?