

Cancerrehabilitering

160118

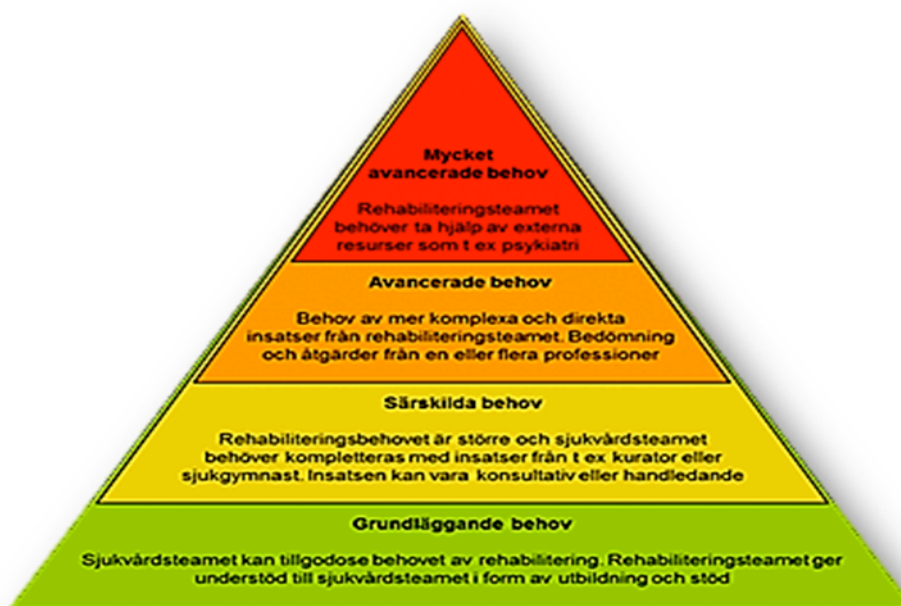
Förutsättningar utifrån nationellt vårdprogram

Processledarna i det nationella nätverket för cancerrehabilitering (RCC) har tagit fram följande nationella mål för cancerrehabilitering. Alla patienter med cancer och deras närstående ska få möjlighet till rehabiliteringsinsatser utifrån sina individuella behov. Implementeringen av vårdprogrammet ska leda till följande effektmål:

1. Alla patienter med cancer samt deras närstående ska få information om cancerrehabilitering.
2. Alla patienter med cancer ska återkommande bedömas av vårdgivare gällande behov av cancerrehabilitering.
3. I patientens skriftliga individuella vårdplan ska cancerrehabilitering ingå.
4. Alla patienter med cancer som bedöms ha mer än grundläggande behov ska erbjudas kontakt med rehabiliteringsprofession för vidare utredning och åtgärder.

Målet för cancervården är lång överlevnad och optimal livskvalitet. Det primära är de medicinska insatser som riktar sig mot tumörsjukdomen. Vid sidan av detta ska cancerrehabilitering erbjudas.

Cancerrehabiliteringens nivåer:



Varje enhet som möter cancerpatienter har resurser att erbjuda cancerrehabilitering. I många fall är det läkare och sjuksköterska som bistår med patientens grundläggande nivå. På mottagningar/enheter som möter många cancerpatienter är fler kompetenser engagerade utifrån patientgruppens grundläggande behov. Större verksamhetsområden som huvudsakligen möter cancerpatienter inrättar cancerrehabiliteringsteam som möter såväl grundläggande som särskilda och avancerade behov. Inom regionen finns utarbetade kontaktvägar med enheter som möter en mindre andel av cancerpatienterna som har mycket avancerade behov.

Det cancervårdande teamet har de kompetenser i teamet som patientgruppen är betjänt av, och som i förekommande fall rekommenderas i tumörspecifika vårdprogram. Inom teamet samråder medlemmarna om vilka moment som bör handläggas av t ex kurator, fysioterapeut, dietist eller arbetsterapeut.

Teammedlemmarna kan arbeta på olika nivåer, det är patientens eller närståendes behov som styr. (Det är i dessa fall teamsamverkan, och inte konsultation).

För de behov som bör belysas av medarbetare med annan kompetens än den som finns i teamet, ska teamet ha planerade kontaktvägar med andra enheter. Teamet inhämtar råd som möjliggör handläggning inom teamet, eller remitterar patienten för konsultation på den andra enheten. Ärendet avslutas efter det att remissmottagande enhet bedömt att ordinarie team kan återta rehabiliteringsansvar och uppföljning.

Exempel:

Läkaren i primärvården noterar redan vid utredningen att patienten bor med minderårigt barn. Vårdcentralen har inte kurator i teamet, vilket innebär att patienten remitteras till kurator inom primärvårdens rehabiliteringsenhet – "särskilda behov" enligt pyramiden ovan. Läkaren på sjukhuskliniken noterar vid utredningen som inletts på akutmottagningen att patienten bor med minderårigt barn. Klinikens kurator informeras i samband med "rehabrond" och träffar patienten – i detta fall "grundläggande behov". Sjukhuskuratorn och patienten kommer överens om den fortsatta kontakten, och hur samverkan med kuratorn i primärvården ska utformas. Avgörande för planeringen är att finna den lösning som är bäst för patienten/de närstående.

Verksamheter och förvaltning ska belysa kontaktvägar och resursfördelning, så att det tydligt framgår vart det cancervårdande teamet ska vända sig när det gäller patienter med behov som inte kan tillgodoses inom verksamheten.

Exempel:

Varje förvaltning ska ha resurser anvisade för smärtekonsult, medicinsk rehabilitering, psykiatri, rehabkoordinator, mm.

Cancerrehabiliteringskedjan

Exempel från specialistvården-hematologi.

Grundläggande nivå

En patient får diagnosen Myelom. Läkare ger diagnosbesked och kontakt med kssk etableras. En mapp med information delas ut som innehåller både medicinsk, rehabilitering och generell info t.ex. 1177 tema cancer, sex och samliv m.m. Patienten får vid en speciell tidpunkt i den medicinska vårdplanen ett rehabiliteringssamtal som hen kan förbereda sig inför. Distresstermometern skickas hem och kan användas som stöd i samtalet. Rehabiliteringsplan skrivs tillsammans med patienten.

Rehabiliteringssamtal hålls återkommande genom den medicinska vårdprocessen för att fånga upp patientens behov.

Särskilda behov.

I rehabiliteringssamtalet framkommer att patienten känner stark oro efter sitt diagnosbesked. Kssk penetrerar patientens oro och kan vid behov samråda med eller konsultera kurator, psykolog eller präst. Om patientens oro inte blir hanterbar genom det stöd som vårdteamet ger kan remiss skrivas till aktuell rehabenhet.

Avancerad nivå.

Eftersom det är känt inom vården att myelompatienter ofta har smärtproblem kopplat till rörelse erbjuds patienten rutinemässigt fysioterapeutkontakt. Den av vårdteamet utsedda personen skickar remiss. Om patienten tackar ja till fysioterapeutkontakten skriver fysioterapeuten in mål och uppföljningsplan i Min Vårdplan.

Kuratorn kallar patienten för bedömning efter samråd med kssk och läkaren. Om bedömningen leder till insatser skrivs mål och uppföljningsplan in i Min Vårdplan.

A: Cancerrehabilitering inleds

När patienten etablerar kontakt med sjukvården på grund av symtom eller andra tecken som senare visar sig relatera till cancer kan rehabiliteringsinsatser vara påkallade. Den som bär ansvar för vården i detta skede ansvarar för rehabiliteringen enligt samma principer som gäller i all sjukvård. Cancerrehabilitering inleds när diagnosen är fastställd – ibland redan när mycket stark misstanke om cancer föreligger, men där diagnostiken ännu inte är klar.

Läkaren ska tidigt tillsammans med patienten gå igenom den aktuella situationen ur cancerrehabiliterings-synvinkel. Vilka problem resp resurser finns? Vilka är patientens förväntningar/farhågor? Närstående/arbete? Tillsammans utformas en plan för den inledande cancerrehabiliteringen. Fokus är dialog, information och betoning av resurser utanför sjukvården såsom patientföreningar, internet, närstående, arbetsgivare, Försäkringskassan mm. Min vårdplan fokuserar i detta skede medicinska moment och logistik och ska innehålla det som redan nu planeras beträffande cancerrehabilitering.

Ett mycket litet fåtal patienter kommer direkt efter inledande diagnostik att bli föremål för palliativ vård. Det gäller framförallt äldre patienter med etablerad kontakt med kommunal hälso- och sjukvård. För dessa ska vårdplanen ändå beakta cancerrehabilitering. Insatser inom palliativ vård för livskvalitet inbegriper behov av rehabiliteringskompetens nära patienten på såväl grundläggande nivå som högre nivåer inom teamet eller genom remiss.

B: Primärbehandling inom specialistvården inleds

Vanligen utses kontaktsjuksköterska (kssk) när diagnos är ställd och patienten har kontakt med specialistnivån på sjukhus eller i specialiserad öppenvård. Kssk har stort ansvar att kartlägga patientens aktuella situation och behov inom cancerrehabilitering. Ansvarsfördelningen mellan läkare, kssk och annan profession i det cancervårdande teamet ska dels vara utformad på ett enhetligt sätt enligt vårdprogram, dels individuellt för varje patient i nära dialog mellan patient, läkare och kssk. Det ska för enheten vara beslutat vem som ansvarar för dokumentation av cancerrehabiliteringsplanen i Min vårdplan. En sådan ska upprättas snarast efter patientens inledande kontakt med enheten. I de fall patienten sjukskrivs på grund av cancer ska det ordinarie teamet samråda med rehabkoordinator som efter bedömning i varje enskilt fall etablerar kontakt med patienten.

C: Fortsatt behandling och behandlingsuppföljning

Ansvaret för cancerrehabilitering ligger kvar på specialistvårdenheten med återkommande avstämningar inom teamet och med patienten. I förekommande fall remitteras patienten till andra enheter för bedömning/åtgärd. Kssk ansvarar för samordning med dessa enheter. Parallellt med detta kan cancerrehabiliteringsinsatser inom primärvården vara påkallade även om patientens behov är av grundläggande karaktär. Det är ofta en fördel att få insatserna utförda så nära sin bostad som möjligt, och kontakterna längre fram i förloppet kan bli enklare att upprätthålla/etablera om primärvården är involverad under behandlingsperioden. Kssk ansvarar för samordning även med primärvården.

Exempel:

Patienten remitteras till lymfödemterapeut på sjukhus för bedömning av lymfödem. Samtidigt remitteras hen till rehabenhet i primärvården för smärtbedömning inkluderande TENS-behandling.

D: Behandlingen avslutas och följs av sjukdomsuppföljning

Det behandlande teamet bedömer i samråd med patienten de aktuella behoven och strävar efter att föra över cancerrehabilitering till primärvården i så hög utsträckning som är möjligt och som patienten är betjänt av. Samrådet med patienten ska fokusera sådant som patienten själv kan ansvara för. Kssk ansvarar för att involverade parter hålls informerade.

E: Sjukdomsuppföljningen avslutas

I de fall sannolikheten för recidiv är mycket liten, och uppföljande kontroller avslutas enligt vårdprogram kan i vissa fall cancerrehabilitering ändå vara påkallad. Normalt remitteras patienten till rehabenhet i primärvården, men efter individuell bedömning kan fortsatt kontakt med rehabföreträdare inom specialistvården vara påkallad. Så länge cancerrehabiliteringsinsatser pågår ska patienten inte avsluta kontakten med specialiserad öppen cancervård, och kssk ska ha fortsatt kontakt. I detta läge är det angeläget att en skriftlig cancerrehabiliteringsplan uppdateras, så att alla inblandade vet vem som ansvarar för vad. Det är läkaren i samråd med cancerrehabiliteringsteamet som har det yttersta ansvaret för att helt avsluta all uppföljning vad beträffar cancer.

F Sjukdomsuppföljningen övergår i palliativ vård

I de fall den palliativa vården handläggs på primärvårdsnivå ska cancerrehabilitering i normalfallet övergå till primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Exempel från specialistvården – hematologi

En kvinna i 35-års ålder diagnostiseras med akut leukemi. Är sambo och har två minderåriga barn.

Grundläggande nivå

Läkare ger diagnosbesked och kontakt med kssk etableras. En mapp med information delas ut som innehåller både medicinsk, rehabilitering och generellt info t.ex. 1177 tema cancer, sex och samliv m.m. Patienten får vid en speciell tidpunkt i den medicinska vårdplanen ett rehabiliteringssamtal som hon kan förbereda sig inför. Distresstermometern skickas hem och kan användas stöd i samtalet.

Rehabiliteringsplan skrivs tillsammans med patienten.

Avancerad nivå.

Eftersom patienten har små barn erbjuds patienten tidigt efter diagnosbeskedet att få kuratorskontakt för stöd och vägledning i bemötande av barnen. Det är läkaren eller kssk som erbjuder kuratorskontakten.

Hen tackar ja till detta. Den av vårdteamet utsedd person gör en vårdbegäran till kuratorn. Även sambon inkluderas i stödet/vägledningen genom par samtal. Ett av barnen träffar vid ett tillfälle kuratorn enskilt.

Föräldrarna tar kontakt med barnens skolor, lärare och kuratorer för att barnen ska få bra stöd och förståelse i sin skolmiljö. Mål och planering skrivs in i vårdplanen.

Mycket avancerad nivå

Patientens sjukdomsförlopp blir komplicerat, det är behov av flera vårddygn på sjukhuset i förbindelse med infektioner. Patienten och sambon har olika syn på hur de ska bemöta barnen i den ansträngda familjesituationen.

Behov av externa resurser, utanför egen klinik. Barnpsykolog från barnkliniken konsulteras av kuratorn för vägledning.

Det bokas in ett samtal med patienten, sambon, kurator och barnpsykolog för stöd och vägledning till familjen.

Situationen för familjen stabiliseras och det är sedan tillräckligt med uppföljning av kuratorn.

Återkommande bedömningar

Det görs återkommande bedömningar av patientens rehabiliteringsbehov av kssk och andra professioner blir aktuella på både särskilda och avancerade behov, exempelvis fysioterapeut och dietist. Vårdplanen uppdateras.

Efter cytostatika behandlingen är patienten även i behov av en allogen stamcellstransplantation som utförs på regionsjukhuset.

Grundläggande nivå

När patienten kommer tillbaka till hemorten. Kssk har nya Rehab-samtal och ger stöd/vägledning till patienten efter stamcellstransplantationen i grundläggande rehabilitering. Om det inte räcker till kontaktas Rehab-personal. Rehabiliteringsplanen revideras.

Avancerade behov

Patienten känner sig osäker i hur mycket hon kan träna, har tappat mycket muskelmassa.

Fysioterapeuten ger vägledning i rätt träningsnivå efter behandling och tar sedan kontakt med fysioterapeuten inom primärvården för uppföljning.

Kuratorn har uppföljande kontakt eftersom patienten uttalar ett behov av att samtala om sina upplevelser och stöd i att hitta fungerande copingstrategier för återgång i arbete m.m.

Patientens rehabiliteringsbehov kan variera mellan de olika nivåerna genom sjukdomsförloppet. Det är därför det är så viktigt med återkommande bedömningar

Rådgivning, konsultation, remiss

Det är viktigt att tydliggöra vilket ansvar och innehåll som föreligger i kontakten mellan företrädare för olika professioner och respektive enheter.

Inom teamet sker samråd och dialog. De olika teammedlemmarna ger varandra råd och efterhör övrigas synpunkter och bedömningar. Patienten behöver inte ge sitt medgivande till kontakter inom vårdteamet. Inom teamet bestäms vilka som ska ha aktiv kontakt med patienten, göra bedömningar, behandla, följa upp, överrapportera till andra vårdaktörer mm.

Kontaktas en rehabföreträdare utanför teamet kan det vara fråga om rådgivning – då nämns inte patientens namn, och patienten behöver inte heller informeras. Hela ansvaret ligger kvar hos den som bitt om råd. Om kontakten mynnar ut i en bedömning att patienten ska involveras i dialog är det fråga om konsultation, och normalförfarandet är att muntlig eller skriftlig remiss utfärdas. Mottagaren ansvarar för bedömningar och åtgärder, och lämnar remissvar där det framgår om fortsatt kontakt är planerad, eller att ärendet avslutas.

Ett alternativ till detta är att en rehabföreträdare knyts till det ordinarie teamet för endast en enskild patient. Då ska detta definieras, och patienten informeras.

Exempel:

En enhet där endast få patienter utvecklar hjärnmetastaser möter en patient som får mycket besväraden kommunikationsproblem till följd av hjärnmetastaser. Teamet har inte kompetens att möta patientens behov. Remiss utfärdas till logoped inom annan enhet, och efter inledande patientundersökning kommer man överens om att logopeden ska ingå i patientens cancervårdande team. Logopeden träffar patienten regelbundet, och deltar i rehabrond med jämna intervall. Ordinarie team utbildas och får förhållningsråd anpassade till den aktuella patienten.

Mycket avancerade behov

Några cancerpatienter befinner sig i en situation där behoven av cancerrehabilitering inte kan tillgodoses inom de grundläggande eller mer avancerade nivåerna. Inom varje förvaltning ska det i dessa situationer definieras vart ordinarie vårdteam ska vända sig för råd och konsultation. De medicinska specialiteterna "Medicinsk rehabilitering" samt "Geriatrisk" innehåller kunskaper som är adekvata i sammanhanget, och dessa ska vara tillgängliga inom varje sjukhusförvaltning – antingen inom sjukhuset eller genom avtal inom annan angiven enhet.

Exempel:

En ung cancerpatient utvecklar en partiell förlamning i bägge ben. Ortopedisk operation genomförs, och funktionen blir något bättre. Patienten kan inte skrivas ut till den egna bostaden, men kan möjligen på sikt förbättras och återgå i arbete. Remiss utfärdas från ortopedikheten till verksamhet med medicinsk rehabilitering som bedömer patienten på ortopedisk vårdavdelning och tar hela ansvaret för rehabilitering under den avslutande sjukhusvårdtiden och i öppenvård efter utskrivning. Efter 2 månader har tillståndet stabiliserats, och mycket avancerade behov föreligger inte, varför patienten remitteras för fortsatt cancerrehabilitering i primärvården. Under hela förloppet delas vårdansvaret med onkologisk enhet som ansvarar för cancervården.

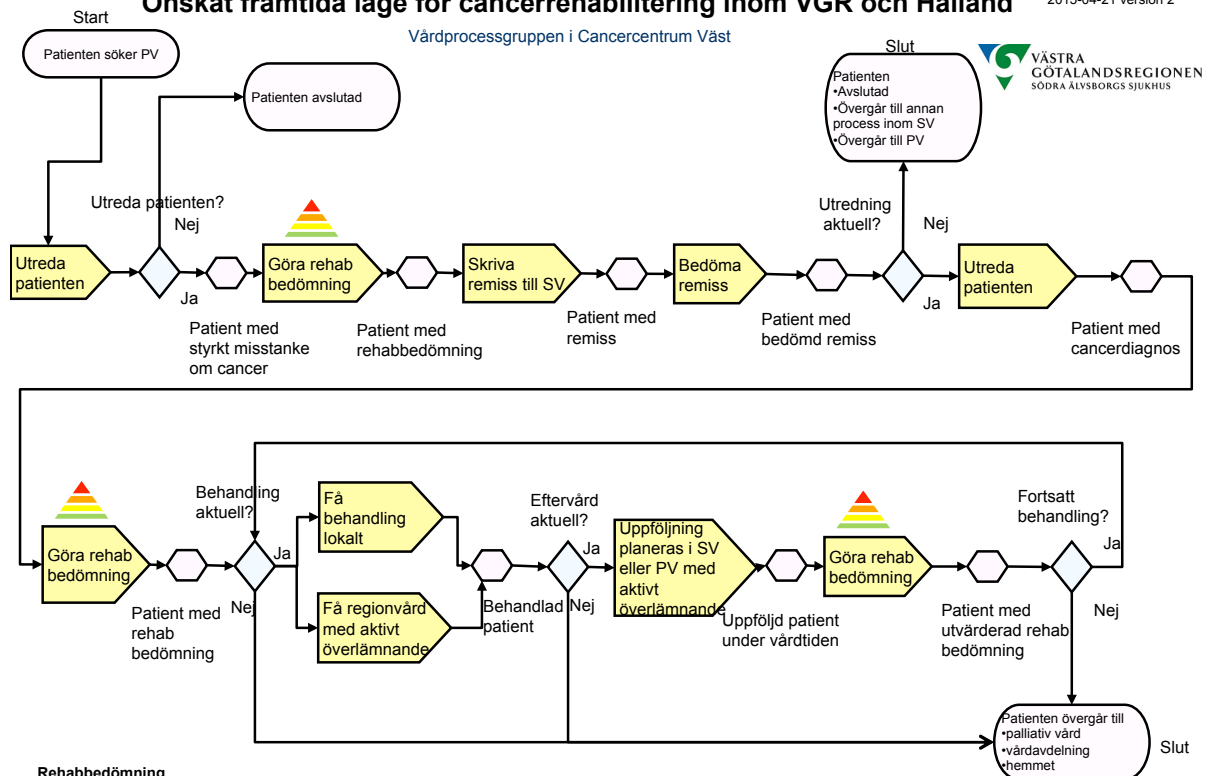
Mycket avancerade behov förekommer också för de patienter som utvecklar psykisk sjukdom, och där enbart rådgivning eller konsultation tillfredsställande möter patientens behov.

Exempel:

En hjärntumörpatient utvecklar under pågående kortisonbehandling en allvarlig psykos med riskbeteende. Remiss för vård enligt LPT utfärdas, och psykiatrisk enhet tar ansvar för cancerrehabilitering i samråd med ordinarie cancervårdande team. De första dagarna vårdas patienten på psykiatrisk vårdavdelning.

Önskat framtida läge för cancerrehabilitering inom VGR och Halland

2015-04-21 version 2



Rehabbedömning

- M1 Alla patienter med cancer samt närstående ska få information om cancerrehabilitering
- M2 Alla patienter med cancer ska återkommande bedömas av vårdgivare gällande behov av cancerrehabilitering
- M3 I patientens skriftliga individuella vårdplan ska cancerrehabilitering ingå
- M4 Patienter med cancer som bedöms ha mer än grundläggande behov erbjuds vidare utredning och åtgärder.
- M5 Alla minderåriga barn med en förälder med cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information.



- Mycket avancerade behov
- Avancerade behov
- Särskilda behov
- Grundläggande behov