

RMR arbetsmöte

240109

Fokus på psykiska insatsområden

- [Samtal och information](#)
- [Kartläggning och fördjupad bedömning](#)
- [Suicidrisk](#)
- [Krisreaktion](#)
- [Akut och förlängd stressreaktion](#)
- [Ångest](#)
- [Depression](#)
- [Rädsla för återfall](#)
- [Uppföljning av psykisk hälsa](#)

Inför mötet: läs ovanstående kapitel.

Kan man ställa sig bakom rekommendationerna?

Har vi tillgång till insatserna som beskrivs, om inte hur kan vi arbeta för att säkerställa tillgången?

Fundera gärna även på vårdnivå, dock inte fokus på detta möte.

Samtal och information

Kartläggning och fördjupad bedömning

Rekommendationer

1. Alla professioner i cancervården behöver kunna samtala om psykisk hälsa och tidigt fånga upp behov
2. Patientens psykiska hälsa bör bedömas på ett strukturerat sätt så tidigt som möjligt under vårdförloppet
3. Bedömningen upprepas utifrån patientens situation och behov, framför allt i samband med diagnos, behandlingsavslut och förändringar i sjukdom eller behandling
4. En strukturerad suicidriskbedömning ska genomföras vid misstanke om suicidrisk
5. Somatiska orsaker ska alltid utredas som möjlig orsak till patientens psykiska ohälsa

Kommentarer

1	Inga kommentarer
2	Vilka strukturer har vi? Hälsoskattning kan vara en första. PV: Ibland har man nära till psykisk hälsa, men ibland saknas struktur. Under utredning ska detta ske på PV nivå. Viktigt med regelbunden bedömning! Behöver jobba mer med detta!
3	
4	
5	Sker utredning av andra somatiska symptom? Ja- det verkar som vi har evidensbaserade arbetssätt att fånga upp detta.

Suicidrisk

Rekommendationer

1. Verksamheter som möter cancerpatienter behöver ha rutiner för att handlägga risk för suicid
2. En strukturerad suicidriskbedömning ska ingå som en del av bedömningen vid psykisk ohälsa
3. Vid misstanke om hög suicidrisk ska patienten omgående bedömas av läkare

Kommentarer

1	Här har vi ett jobb att göra! Behov at tydligare struktur. Vi behöver kartlägga och trolige sätta in någon form av insats för att jobba tydligare med detta område. Kan vi hitta relevant info att hänvisa till inom VGR? Kolla upp det.
2	Behöver trycka på de två första punkterna.
3	Funkar hyfsat bra

Krisreaktion

Rekommendationer

1. Vid förmedling av allvarliga besked behöver omständigheterna kring samtalet vara så goda som möjligt
2. Vid allvarligt sjukdomsbesked ska information anpassas till individen
3. Vid kraftig krisreaktion behöver patienten erbjudas snabb kontakt med hälso- och sjukvårdskurator

Kommentarer

1	Vi gör så gott vi kan. KSSK behövs mer i slutenvården vilket innebär att läkarna ger infom själva. Har KSSK möjlighet att ge stöd?
2	
3	Behandlande klinik ska hantera krisreaktion- hur ser tillgången ut? Ska vi kolla upp det? Onkologen på SU har 1 av 3 tjänster tillsatta. Något som ska omnämnas i konsekvensbeskrivningen? Viktigt att alla känner till vem som har huvudansvar, hemortssjukhuset? Tydliggöra vikten av aktiva överlämningar.

Akut och förlängd stressreaktion

Posttraumatisk stress

Rekommendationer

1. Den psykiska stress som orsakas av cancerdiagnosen och efterföljande cancerbehandling behöver bedömas
2. Professioner i cancervården behöver vara observant på om patientens och de närståendes reaktionsmönster starkt avviker från en normal förekommande stressreaktion, och då erbjuda kontakt med hälso – och sjukvårdskurator, psykolog eller annan profession med adekvat vidareutbildning
3. Vid behov bör en strukturerad suicidriskbedömning göras

Kommentarer

1	
2	Närstående är de som oftast prioriteras bort när KSSK och kur inte har tid. Kan vi lyfta fram detta på något sätt? Närstående är viktiga och behöver stöd för att kunna hjälpa patienten.
3	

Ångest

Rekommendationer

1. Bedömning av oro eller ångest bör göras fortlöpande
2. Patienter med symtom som inger misstanke om ångest bör genomgå en fördjupad bedömning med erbjudande om behandling

Kommentarer

- | | |
|---|--|
| 1 | Hälsokattning |
| 2 | PV bör vara involverad om det är en längre behandling. |

Depression

Rekommendationer

1. En patient med symtom som inger misstanke om depression bör genomgå en utvidgad bedömning enligt samma riktlinjer som för patienter utan cancerdiagnos
2. Remitteringsvägar och rutiner för akut remittering till psykiatrisk bedömning ska finnas
3. I förekommande fall bör en strukturerad suicidriskbedömning utföras

Kommentarer

1	Samma som vid ångest
2	
3	

Rädsla för återfall

Rekommendationer

1. Professioner i cancervården behöver bemöta patientens rädsla för återfall och samtala om det
2. Möjliga somatiska orsaker till oron ska uteslutas
3. Fördjupad bedömning av patientens psykiska status bör genomföras vid kraftig eller långvarig oro
4. Samtalsstöd bör erbjudas vid behov

Kommentarer

1	KSSK, finns bra info i MVP – bör spridas. Olika för olika diagnoser. Om rädslan uppstår år efter behandling – vem tar hand om detta då? Kronisk cancer? De som blir friska och upparbetar hälsoångest? Mångsökare, kan bero på rädsla för återfall. Viktigt med tydlig information vid avslut av behandling
2	
3	
4	

Uppföljning av psykisk hälsa

Rekommendationer

1. Ansvaret för att följa upp patientens psykiska hälsa fördelas mellan primärvård och specialiserad vård enligt regionala rutiner

Kommentarer

- 1 Hänvisa till RMR om vem som gör vad (fördelning specialistvård primärvård- Beate involverad i revideringen, Beate skickar hänvisningen) Samsjuklighet?
CNS tumörerna- hur kan de få hjälp i uppföljningskedet? Behöver lyftas i konsekvensbeskrivningen.
RPT kommer att bildas/har bildats.