

## **Cancerrehabilitering – vägledning för strukturerat arbetssätt i Region Stockholm och Region Gotland**

Vägledningen syftar till att stötta Region Stockholms och Region Gotlands kontaktsjuksköterskor i det strukturerade arbetet med cancerrehabilitering. Vägledningen är framtagen av den sjukvårdsregionala arbetsgruppen för cancerrehabilitering som organiseras av Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland.

### **Vad är definitionen av cancerrehabilitering?**

Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering reviderades 2023. Här definieras cancerrehabilitering som: *Insatser, utifrån en persons behov och förutsättningar, som syftar till att förebygga funktionsnedsättningar samt till att personen ska bibehålla eller återfå bästa möjliga funktionsförmåga och ett aktivt deltagande i samhällslivet trots konsekvenser av cancer och cancerbehandling.*

### **Vad innebär patientens rätt till cancerrehabilitering?**

Ett hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt är basen inom cancerrehabilitering. I cancervården är rehabilitering nära integrerad med preventiva-, medicinska- och omvårdnadsinsatser.

Enligt 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är regionerna ansvariga för att erbjuda rehabilitering till patienter som är i behov av det. Detta innefattar även cancerrehabilitering. Enligt lagen om egenvård (2022:1250) har patienter också rätt till information om egenvård vilket är en stor del av cancerrehabilitering. Det är chefen för varje verksamhetsområde som har ansvar för att det finns ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering.

### **Vad innebär ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering?**

Ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering består i huvudsak av 1) patientens självskattning av behov, 2) vårdens kartläggande samtal kring behov av åtgärder tillsammans med patienten och 3) om det behövs upprättande av en rehabiliteringsplan (se mer nedan). För att vården ska kunna erbjuda rehabilitering utifrån patientens individuella situation och behov behövs att varje verksamhet har ett strukturerat arbetssätt.

### **Vem ansvarar för genomförandet av ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering?**

Patienter möter många olika vårdprofessioner inom cancervården, därför är det väsentligt att en profession är särskilt ansvarig för att genomföra det strukturerade arbetssättet för cancerrehabilitering. Kontaktsjuksköterskan är ofta patientens fasta vårdkontakt och därför den mest lämpade att ansvara för detta. Rollen har också ett ansvar för aktiva övergångar mellan olika vårdgivare.

### **När bör strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering göras?**

Det är viktigt att patientens rehabiliteringsbehov upptäcks så tidigt som möjligt för att kunna sätta in preventiva åtgärder och undvika att besvären eller situationen förvärras över tid. Två avgörande tidpunkter att fånga upp rehabiliteringsbehov är vid diagnos och efter avslutad cancerbehandling. Andra lämpliga tillfällen för bedömning av rehabiliteringsbehov är:

- När patient kommer i kontakt med ny vårdgivare eller vid vårdövergång.
- När behandlingar inleds, följs upp och avslutas.
- Vid besked om sjukdomsprogress- eller regress, ändrade behandlingar samt vid besked om resultat av medicinska utredningar.

Varje diagnosspecifik cancerprocess och varje verksamhetsområde bör skapa en lokal rutin för när bedömningar bör göras.

## Fördjupad beskrivning av de tre delarna i ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering

### 1. Självsfattning av behov: Patienten skattar på egen hand sina rehabiliteringsbehov.

Ett strukturerat och effektivt sätt att ringa in patientens upplevda behov är att använda ett skattningsformulär. I Region Stockholm och Region Gotland förordar vi användning av "Hälsoskattning för cancerrehabilitering" då den är enkel att förstå och använda för såväl patienter som personal. Flera vårdutvecklingsprojekt visar att patientens perspektiv fångas upp med Hälsoskattningen. I vissa patientdiagnoser kompletteras eller ersätts den med andra skattningsformulär såsom EORTC-QLQ-30 eller andra PROM (Patient Related Outcome Measures).

I Hälsoskattningen får patienten själv skatta olika områden och huruvida dessa är besvärande eller inte. På detta sätt får patienten själv reflektera kring sin situation och sina aktuella behov. Det underlättar att patienten får skattningsformuläret innan rehabiliteringssamtalet genomförs. Ett tips är att lägga med den i kallelsen till samtalet och där förklara att: *Hälsoskattningen fylls i utifrån hur du mår just nu och kommer ligga till grund för rehabiliteringssamtalet som görs tillsammans med din kontaktsjuksköterska.*

Det är viktigt att självskattningen läggs in från webbformulärstjänsten i patientens journal eller i IPÖ (individuell patientöversikt) för att bli synlig för alla involverade i patientens vård och för patienten själv. På så sätt kan Hälsoskattningen och andra PROM användas flera gånger och följa samt jämföra patientens behov i vårdförloppets olika skeden. Dessutom gör det att vi kan ta fram data på patienters självskattade behov i Stockholm och på Gotland.

**2. Kartläggande samtal:** Att tillsammans med patienten, och närstående om så önskas, gå igenom självskattningen och identifiera eventuella ytterligare rehabiliteringsbehov. Samt föreslå och tillsammans bestämma eventuella rehabiliteringsåtgärder så som egenvård, vård vid enheten som patienten tillhör eller remiss till annan enhet. Om behov inte framkommer och inga åtgärder behövs, dokumentera det.

Börja gärna samtalet med att berätta vad syftet med det kartläggande samtalet är. Ett förslag är att säga: syftet med den här kartläggningen är att identifiera behov av råd och stöd för att du ska må så bra som möjligt inför eventuell behandling/under behandling/efter behandling och i möjligaste mån underlätta för återgång till en vardag.

Under samtalet utgår kontaktsjuksköterskan från svaren i självskattningen. Det är lämpligt att fokusera på de mest besvärande problemen och utifrån dem tillsammans med patienten prioritera vilka behov som är viktigast *just nu*. Fråga också alltid om det är något annat som är viktigt för patienten (PROM täcker inte in allt). Ibland är behoven gamla och har inget med cancervården att göra men det kan vara viktigt för patienten att få nämna dem.

I samtalet är patientens skattning i kombination med kontaktsjuksköterskans bedömning viktig. Under samtalet är det också viktigt att lyfta fram möjliga åtgärder för de behov som identifierats tillsammans med patienten. Det kan handla om kontaktsjuksköterskans egna direkta åtgärder i själva samtalet, kontaktsjuksköterskans eller det egna teamets planerade åtgärder, råd om egenvård, samt förslag på interna och externa remisser. Ett kartläggande samtal behöver inte alltid leda till en åtgärd utan samtalet i sig kan vara tillräckligt för att bekräfta patienten.

Vi rekommenderar att dokumentera att samtalet ägt rum i omvårdnadsanteckning, förslagsvis under sökordet "Hälsoskattning". Exempelvis kan fraserna nedan användas:

- Samtal kring ifylld hälsoskattning, inget behov av rehabiliteringsplan.
- Samtal kring ifylld hälsoskattning, upprättar rehabiliteringsplan.

Dokumentationen bör även innehålla de behov som inte dokumenteras i patientens självskattning, samt ibland även kontaktsjuksköterskans egen bedömning av behoven eller relevanta åtgärder. Alla tillsammans med patienten planerade åtgärder, även egenvårdsråd, förordas att de skrivs i rehabiliteringsplanen för att tydliggöra för alla involverade parter vilka behov som uppmärksammas och vilka åtgärder det resulterat i.

KVÅ-kodning sker utifrån gängse rutiner och om rehabiliteringsplan upprättas använd AW020 för att möjliggöra regional datainsamling.

**3. Rehabiliteringsplan:** När behov framkommit i det kartläggande samtalet upprätta en rehabiliteringsplan för att dokumentera rehabiliteringsåtgärder som bestäms i kartläggningssamtalet. Vid behov av uppföljning behöver planering för det ingå.

Rehabiliteringsplanen upprättas bara om behov framkommit i samtalet. Den beskriver planen av åtgärder som kom fram i samtalet. Planen bör innehålla planerade åtgärder och vid behov remittering till andra professioner och plan för uppföljning. Rehabiliteringsplanen bör journalföras och kan behöva revideras.

Vår rekommendation är att använda dokumentationsmall i journalsystemet Take-Care och i Cosmic som heter "Rehabiliteringsplan, Cancer". Att alla använder detta system och dokumentera det i journalen gör att vi kan ta fram data från hela regionen på hur många patienter som får en rehabiliteringsplan och vad planen innehåller.

### Varje enhetsspecifika strukturerade arbetssätt för cancerrehabilitering

Varje enhet och patientflöde/diagnos har specifika förutsättningar samt sätt att bedriva vården och behöver därför fastställa exakt hur ni gör utifrån ovan rekommendation. Det viktiga är att alla patienters behov av rehabilitering kartläggs och åtgärder anpassas utefter det, innan, under och även efter behandling, det vill säga i uppföljningsfas. Därför behöver ni göra en egen detaljerad plan för just ert arbetssätt. Här är ett exempel:

*Ett exempel på en lokal rutin av strukturerat arbetssätt av cancerrehabilitering:*

Vad ska vi göra	Hur ska vi göra
När görs kartläggningssamtal?	Genomförs alltid 1 vecka efter diagnos och cirka 1 vecka efter avslutad cancerbehandling.
Hur bokas kartläggningssamtal?	Kontaktsjuksköterskan skickar kallelse till ett bokat kartläggningssamtal (fysiskt, video eller telefon). I kallelsen inkluderas information om att patienten bör fylla i Hälsoskattningen och hur hen gör det.
Vad är fokus i ett kartläggningssamtal?	Tillsammans med patienten gå igenom och prioritera patientens behov utifrån Hälsoskattningen, patientens önskemål och kontaktsjuksköterskans bedömning. Utifrån patientens individuella behov planera eventuella åtgärder, inklusive kontaktsjuksköterskans egna åtgärder, råd om egenvård, interna och externa remisser.
Hur dokumenteras ett kartläggningssamtal?	Svaren på Hälsoskattningen dokumenteras via blankettsystemet i patientens journal. Att kartläggningssamtalet ägt rum, samt övrig aktuell info dokumenteras i en Omvårdnadsanteckning under sökord "Hälsoskattning". Planerade åtgärder dokumenteras i mallen "Rehabiliteringsplan, Cancer"

### Vem har tagit fram denna vägledning?

Den regionala arbetsgruppen för cancerrehabilitering har tagit fram denna version av den regionala vägledningen består av:

- Anna Hägglund, kontaktsjuksköterska, regional processledare för prostatacancer, St Görans sjukhus
- Anton Hillblom, regional processledare cancerrehabilitering i Region Stockholm
- Jeanette Winterling, ordförande regional arbetsgrupp för cancerrehabilitering i Region Stockholm
- Jenny Rundgren, kontaktsjuksköterska, omvårdnadsansvarig, Karolinska Universitetssjukhuset
- Jenny Törnblom, kontaktsjuksköterska, Visby lasarett
- Lena Söderqvist, kontaktsjuksköterska, Södersjukhuset
- Maria Williamson, kontaktsjuksköterska, Danderyds sjukhus
- Marie Nilsson, sjukvårdskurator, Teamkoordinator kunskapsteam Cancersjukdomar (CaPrim)